



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado
Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Hallazgos clínicos diagnósticos en hemorragia digestiva
alta- Hospital III EsSalud. Red Asistencial - Puno.
Lima – Perú 2003-2004**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina Interna

AUTOR

Silvia Carmen PACHECO TAPIA

ASESOR

Carla Gioconda BUSTÍOS SÁNCHEZ

Walter Francisco BARRIGA RIVERA

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Pacheco S. Hallazgos clínicos diagnósticos en hemorragia digestiva alta- Hospital III EsSalud. Red Asistencial - Puno. Lima – Perú 2003-2004 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

INDICE

	Pag
Carátula	1
Contra Carátula	2
Índice	3
Datos Generales	5
Resumen	7
Introducción	9
Capítulo I Planteamiento del Estudio	11
Capítulo I Planteamiento del Estudio	12
I.1. Descripción del Problema	12
Antecedentes Teóricos	12
I.2. Formulación del Problema	18
I.3. Objetivos de la Investigación	19
I.4. Justificación e Importancia del Problema	19
I.5. Justificación Práctica	19
Capítulo II Marco Teórico	21
Capítulo II Marco Teórico	22
Capítulo III Metodología	30
Capítulo III Metodología	31
III.1. Tipo de Estudio	31
III.2. Diseño de la Investigación	31
III.3. Muestra de Estudio	31
III.4. Operacionalización de las Variables	33
III.5. Técnica y Método de Trabajo	38
III.6. Tareas Específicas para la Recolección de Datos	38
III.7. Procesamiento y Análisis de Datos	38
Capítulo IV Resultados	39
Descripción de la Muestra	40
Hallazgos Clínicos	44
Hallazgos Endoscópicos	66
Capítulo V Discusión y Comentarios	76

Discusión y Comentarios	77
Conclusiones	96
Recomendaciones	97
Referencias Bibliográficas	98
Anexos	101
Anexo N° 1 Ficha de Historia Clínica	102
Anexo N° 2 Ficha de Datos Endoscópicos	104

DATOS GENERALES

I.1.- Título: Hallazgos Clínicos – Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta- Hospital III ESSALUD. Red Asistencial - Puno.

I.2.- Área de Investigación: Servicio de Gastroenterología del Hospital III ESSALUD. Red Asistencial - Puno.

I.3.- Autor responsable del Proyecto: Silvia Carmen Pacheco Tapia
Ex - residente de la Especialidad de Medicina Interna.

I.4.- Asesor: *Dra. Carla Bustíos
Médico Gastroenterólogo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins de ESSALUD. Lima.

*Dr.- Walter Barriga
Médico Gastroenterólogo del Hospital III de ESSALUD – Red Asistencial- Puno

I.5.- Institución: Hospital III ESSALUD. Red Asistencial -Puno.

I.6.- Entidades o personas con las que coordinará el Proyecto.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Universidad Nacional Andina de Puno.
Biblioteca de la UNA.
Biblioteca de la UNSM
Servicio de Gastroenterología del Hospital III ESSALUD. Red Asistencial -Puno.
Biblioteca de la UNSA de Arequipa.

I.7.- Duración del Proyecto:	*Diciembre de 2004:	Búsqueda de información, elaboración del proyecto	
	*Enero de 2005:	Recolección de Datos, procesamiento y análisis.	
	*Febrero 2005:	Elaboración de resultados, publicación	
I.8.-Clave del Proyecto:	Etiología de HDA, hallazgos, altura.		

RESUMEN

El presente estudio descriptivo observacional, retrospectivo y transversal se realizó con la finalidad de conocer las características clínicas endoscópicas de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en altura (3800 y 4200 msnm) en el Hospital III EsSalud Red Asistencial Puno periodo 2003 al 2004. Se estudiaron 47 pacientes a través de las historias clínicas con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, sometidos a endoscopías en el servicio de gastroenterología, realizándose análisis descriptivos de los datos. Encontramos una afectación significativamente en varones 80,85% vs 19,15% en mujeres, $p = 0,03$, edades entre los 40 y 50 años; cuyas características clínicas predominantes fueron, presentación con melenas 97,87%, dolor 95,74% y sensación nauseosa 89,36%, dolor subjetivo epigástrico 72,34%. Un 57,45% usaba drogas en forma continua, sobre todo AINES 62,96%, como antecedente ya habían presentado hemorragia digestiva alta un 38,30%, diagnosticado con gastritis 29,79%, úlcera 14,89%, y el 78,72% de pacientes refirió consumo de alcohol. En el examen físico se encontró signos de hemorragia aguda con palidez en 59,57%, taquicardia en 25,53% e hipotensión en 8,51%. Se encontró dolor objetivo epigástrico en 74,47%. Referente a la endoscopia, realizada en 33 pacientes, fue predominantemente diagnóstica 66,67%, y un 15,15% terapéutica, se encontraron lesiones esofágicas en 30,30% sobre todo várices sangrantes o úlceras. En estómago se evidenciaron alteraciones en 45,45% sobre todo con gastritis crónica superficial, úlceras gástricas y antritis erosiva, y las lesiones a nivel de duodeno en 48,48% de casos, predominando las lesiones ulcerosas de diferente profundidad. La relación entre UG/UD es de 1/3. Se concluye que los hallazgos clínicos y endoscópicos de pacientes con hemorragia digestiva alta son compatibles con una mayor presentación de úlceras duodenales y gastritis a nivel antral en la altura.

Palabra Clave: Hemorragia Digestiva Alta. Clínica Endoscopia. Altura.

ABSTRACT

This descriptive study observational, retrospective and cross was made with the purpose of knowing the clinical characteristics of patients with hemorrhage endosópicas Digestive High in Height (3800 and 4200 meters) at the Hospital III of Puno Essalud period 2003 to 2004. We studied 47 patients through the medical records with a diagnosis of Hemorrhage Digestive High underwent Endoscopy in the gastroenterology service performed descriptive analyses of the data. We found a significant effect in men 80.85% vs. 19.15% for females, $p = 0.03$, between the ages 50 and 60 years; whose predominant clinical features were filing with melena 97.87%, pain 95.74%, and feeling nauseosa 89.36%, epigastric pain subjective 72.34%. A 57.45% used drugs on a continuous basis, especially AINEs 62.96%, as precedent had already submitted an upper gastrointestinal bleeding 38.30%, diagnosed with gastritis 29.79%, ulcers 14.89 %, and 78.72% of patients referred alcohol consumption. The physical examination was found with signs of acute hemorrhage pallor 59.57%, 25.53% in tachycardia and hypotension at 8.51%. We found objective epigastric pain in 74.47%. On the endoscopy, performed in 33 patients was predominantly diagnostic 66.67%, and a 15.15% therapeutic, lesions were found in 30.30% esophageal variceal bleeding or especially ulcers. In stomach alterations were found in 45.45% especially with chronic superficial gastritis, gastric ulcers and erosive antritis and injuries at duodenum in 48.48% of cases predominating ulcerous lesions of varying depth. It is concluded that the clinical and endoscopic findings of patients with upper gastrointestinal bleeding were consistent with a greater presentation of duodenal ulcers and gastritis at the antral stage.

Key Words: Upper Digestive Bleeding. Clinical Findings. Upper Endoscopy, Altitude.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis titulada “Hallazgos Clínicos – Diagnósticos En Hemorragia Digestiva Alta - Hospital III Essalud. Red Asistencial - Puno. Lima – Perú. 2003 - 2004”, surge de la necesidad de conocer las características que posee las Hemorragias Digestivas Altas en pacientes que viven en altura. Dicha investigación está basada, principalmente en el paradigma hipotético deductivo el cual propugna el desarrollo de las investigaciones en las ciencias de la salud.

La tesis en mención ha sido estructurada en cinco capítulos a saber:

En el primer capítulo se desarrolla el planteamiento del estudio que contiene la descripción del problema, describiendo la realidad, citando los estudios efectuados sobre el tema, definiendo luego el problema a ser investigado, objetivos de la investigación, justificación e importancia.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico conteniendo conceptos, definiciones, relaciones, teorías y los fundamentos existentes.

En el tercer capítulo se desarrolla la metodología, haciendo mención al tipo y diseño de la investigación, muestra de estudio – unidad de análisis – unidad de muestreo, tamaño de la muestra, criterios de selección, operacionalización de las variables, técnica y método de trabajo, tareas específicas para la recolección de datos y el procesamiento y análisis de datos que fueron codificados y tabulados para su organización, representación, análisis e interpretación. Se utilizó para el análisis el programa estadístico informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) muy usado en las ciencias sociales y empresas de investigación de mercado, desarrollado en la Universidad de Chicago, versión 13 para WINDOWS, un procesador de textos (Word 2003), y una base de datos electrónica (Excel 2003).

En el cuarto capítulo se presentan los resultados estadísticos a través de las tablas y gráficos para un mayor entendimiento.

En el quinto capítulo se realiza la discusión y comentarios de la investigación, concluyendo con la bibliografía consultada y anexos.

Se espera que la presente tesis sea un aporte para nuevos estudios comparativos relacionados con el tema Hallazgos Clínicos – Endoscópicos En Hemorragia Digestiva Alta.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO DEL ESTUDIO

CAPITULO I

PLANEAMIENTO DEL ESTUDIO

I.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En Perú, el hábitat de la población se distribuye entre los 500 y 4000 msnm, en las regiones de la Costa, Sierra y Selva, donde se ha evidenciado que no deja de ser frecuente la Hemorragia Digestiva Alta (HDA), patología que toma algunas características especiales cuando se presenta en los lugares por encima de los 3500 msnm., es decir en la región de la Sierra, donde debido a la menor presión de oxígeno el poblador se adapta fisiológicamente modificando sus patrones sanguíneos en gran parte de la población, lo que obliga de alguna forma a variar de alguna manera el tratamiento en la Hemorragia Digestiva alta.

La Hemorragia Digestiva Alta, continúa siendo una patología frecuente en nuestro medio, la misma que utiliza la Endoscopia Digestiva Alta como medio Diagnóstico y de tratamiento según el caso clínico.

Antecedentes Teóricos

En EE.UU., se reciben alrededor de 300,000 admisiones por Hemorragias Digestivas al año, correspondiendo el 90% a Hemorragia Digestiva Alta, en pacientes sin patología asociada la mortalidad se reduce al 2.60%, pero al asociarse otras

patologías (Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad Cerebro Vascular, Enfermedades Hepáticas, Sepsis, Cáncer) se eleva al 10% en los últimos 50 años, por otro lado la recurrencia de HDA alcanza el 20% en los pacientes, elevándose la mortalidad al 30 - 40%, de los que el 15 - 30% requerirá cirugía, lo que a su vez causa el incremento de la mortalidad. (10).

Se han llevado a cabo estudios sobre Hemorragia Digestiva Alta en diversos lugares de la Costa, Sierra y Selva, que contribuyen en el conocimiento de tal patología así en la región de la Costa, en Lima en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, donde se estudiaron 160 pacientes admitidos en el tópico de emergencia entre los años 1991 – 1995, cuyos resultados encontrados con predominio del sexo femenino en un 86.24%, siendo el grupo etáreo más frecuente mayores de 80 años con el 23.12%, y la hematemesis como manifestación clínica frecuente en un 57.50%, encontrándose que la causa mas frecuente es lesiones de mucosa gástrica 50%, seguida de ulcera gástrica 15.60%, varices esofágicas 12.50%, ulcera duodenal 11.20%, y cáncer gástrico 3.10%. (1).

En el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, se llevó a cabo un estudio, donde se examinaron a 358 pacientes admitidos en el Centro Endoscópico con el diagnóstico clínico de hemorragia digestiva alta entre de 1997 y 1998, con relación de 3/1 entre el sexo masculino y femenino respectivamente, con edad predominante de 50 años siendo la causa predominante de Hemorragia Digestiva Alta, la ulcera duodenal 22.40%, gastritis erosiva 21.20%, ulcera gástrica 21%, y en cuarto lugar las várices esofágicas con el 8%. (2).

En el Hospital Cayetano Heredia, un estudio realizado en 681 pacientes con HDA se encontró que el 80% de pacientes presentó síntomas de melena y el 53% de hematemesis siendo la causa más frecuente la úlcera duodenal, seguida de úlcera gástrica y gastritis erosiva, en cuarto lugar fueron várices esofágicas, el 25% presentó anemia leve con Hematocrito (Hcto) de 36%, Hemoglobina (Hb) 12; anemia moderada con Hcto de 24 y Hb de 8, y de severa con Hcto de menor de 14; el 31.2% presentó anemia leve, 49.45% tuvo anemia moderada y el 0.04 % presentó anemia severa. (5).

En la región de la Selva, en el Hospital II IPSS Iquitos 1995 - 1998, en un estudio de 119 pacientes por HDA, encontrándose predominio de varones con un 76.50%, la edad mas frecuente oscila entre los 41 - 70 años, los signos y síntomas más sobresalientes fueron, la melena en un 71%, epigastralgia 68.20%, lipotimia 36.40%, hematemesis más melena 11%, hematemesis 6.40%, dentro de los factores relacionados con hemorragia digestiva alta, se encontró que el 53.80% manifestaron ingesta de alcohol, en segundo lugar el 24.40% ingesta de AINES. El 28.50% de pacientes tuvieron valores de hematocrito que fluctuaron de 16 – 24%%. En el estudio endoscópico se encontró la causa más frecuente fue la úlcera gástrica 39.50% seguido de las lesiones agudas de mucosa gástrica 26%, úlcera duodenal 14.30%. La actividad hemorrágica de las úlceras sangrantes pertenecieron al Forrest IIb con un 57.80%. (4).

Con respecto a la región de la Sierra entre 3000 y 4000 msnm la HDA, se presenta con algunas características especiales dada la situación relativa hipoxia, y adaptación

fisiológica, asociado a valores elevados de hemoglobina, y el “Mal de Altura” en los pacientes, lo cual tiene directa relación con la severidad del cuadro así como con el tratamiento adecuado. Se tiene versiones de Paúl Bert en 1878., quien relaciona la fisiología y la hipoxia con cámaras de baja presión y ascensiones simuladas a diversas alturas y disminuir la presión atmosférica, observó que se producía la muerte de los animales de experimentación a un nivel constante para cada especie. Sin embargo, Carlos Monje Medrano en 1928 afirmaba que en el habitante de la altura se han operado mecanismos fisiológicos de adaptación del que participa todo el organismo como una unidad biológica como tal el individuo está aclimatado pero ello significa una desviación fisiológica. Los niveles de normalidad entre los que se ubica la mayoría de la población van de los 2300 - 3500 msnm, incluso hasta los 4000 msnm regiones denominadas las “grandes alturas” (Región Puna - Janca), por sobre los 4800 msnm las condiciones de hipoxia, frío hacen difícil la adaptación, donde los patrones fisiológicos de adaptabilidad y allí radica las <<desviaciones fisiológicas>> que refería Monge Medrano, las cuales implican algunas modificaciones anatómicas haciendo factible la ocurrencia de cierto tipo de patología. (7).

Estudios de investigación en el Hospital Regional del Cuzco, a 3399 msnm sobre HDA en 78 pacientes donde se encontró que predominó el sexo masculino sobre el femenino en relación de 2,3 a 1, la edad más frecuente entre 30 y 40 años, con síntomas principales de melena y hematemesis en 47.20%, solo melena en el 52.80%, siendo la causa principal la úlcera gástrica 39.70%, úlcera duodenal 23.30%,

lesiones agudas de mucosa gástrica 11.50%, várices esófago – gástricas 6.40%, cáncer gástrico 5.10%, síndrome de Mallory Weiss 3.80%. (6).

En el Hospital Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco, a 4500 msnm se realizaron 243 endoscopías entre los años 1995 - 2000 encontrándose que las causas más frecuentes son la ulcera péptica, en 40.32%, seguida de lesiones agudas de la mucosa gástrica 31.27%, cáncer gástrico en 11.93%, síndrome de mallory weiss 8.64%, varices esofágicas 4.52%, esofagitis por reflujo 3.29%, donde resaltan que el cáncer gástrico ocupa el tercer lugar, no así en la Costa donde en su lugar predominan las várices esofágicas en cambio en Cerro de Pasco ocupa el quinto lugar. (7).

Un estudio realizado entre 1997 y 2001 en el hospital de Cerro de Pasco, con 618 endoscopías de encontró que la patología más frecuente fue gastritis crónica con el 37.86%, seguida de ulcera péptica con el 22.16%, gastroduodenitis con el 15.04% y cáncer gástrico en el 5.98% así como el 14 .88% fueron normales. Con respecto a la ulcera péptica se encontró que predominó la ulcera gástrica sobre la duodenal en proporción de 1.75 a 1, en cambio la ulcera duodenal es la que predomina a nivel del mar, con respecto al cáncer gástrico con 5.98%, aunque no deja de estar presente si es variable con respecto al estudio anterior.

En La Oroya a 3712 msnm se estudian 100 casos de HDA atendidos entre 1977 y 1984 en el ex IPSS del lugar, donde también se observa la predominancia de varones con síntomas de hematemesis y melena en mayor proporción siendo las causas mas frecuentes las de ulcera gástrica, ulcera duodenal, gastritis erosiva y solo

se presentaron dos casos de neoplasia gástrica. Se observó también que el 10% de los pacientes tuvo hemoglobina post sangrado mayor de 20 grs/dl por probable “Mal de montaña Crónico” y sólo cuatro de ellos tuvieron descompensación con compromiso de conciencia y perturbaciones cardiorrespiratorias que requiriera sangría inmediata, algo muy singular en las grandes alturas del ande peruano. En cuanto a las endoscopias, la mayor referencia correspondió a úlceras gástricas el 33%, úlcera duodenal y la gastritis erosiva en un 23% para ambos casos, en tanto que la neoplasia gástrica sólo se reportó en el 2%, no encontrándose ningún caso de várices esofágicas.

En la Ciudad de Huaraz, Hospital Víctor Ramos Guardias - MINSA, se estudiaron 115 casos de HDA entre los años de 1992 y 1995 (altura de 3207 msnm), se encontró que también predominó el sexo masculino en 55.7%, mayores de 60 años de edad, en 37.4%, con síntomas predominantes de hematemesis y melena en 30.40% solo melena 55% en los casos, el 41% tuvo Hb menor de 8g/dl, y el 66.9% requirió transfusión sanguínea. Dentro de las causas mas frecuentes fueron ulcera gástrica 29.6%, cáncer gástrico 26.10%, ulcera duodenal en 17.4%, lesiones agudas de la mucosa gástrica 6.1%; llama la atención en la alta prevalencia de cáncer gástrico en la zona. (11).

Según estudios realizados en la Paz, Bolivia a 3500-3800 msnm, se realizó un estudio por el Instituto de Gastroenterología Boliviano – Japonés Centro de tercer nivel en 32 pacientes realizando correlación clínica entre la severidad clínica de HDA y la serie roja en habitantes de la altura. Se encontró que a más de 3000 msnm

se elevaron los valores de la serie roja, (con valores normales de Hcto 54-57%, Hb. 16-17 grs/dl en varones. Hcto 46-51%, Hb 5-17 grs/dl en Mujeres). Se encontró también que en casos de hemorragia severa según evaluación clínica, la hemoglobina y el hematocrito correspondían a 12 grs/dl y de 38% respectivamente en el caso de varones y de 11grs/dl con 34 % de hcto en el caso de mujeres. Son valores que deben tenerse en cuenta para otorgar un eficiente nivel de cuidados así como contribuye en evitar o justificar las transfusiones sanguíneas. (9).

La investigación tiene por objeto conocer las características clínicas relevantes, que permita elaborar un perfil del paciente con HDA en Puno así como determinar la etiología de la HDA en pacientes habitantes entre los 3800 y 4200 msnm., y que son atendidos en el Hospital III ESSALUD. Red Asistencial - Puno, centro de referencia de la patología de la zona sur del Departamento.

I.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

El problema de investigación es definido como interrogante de las variables que son materia de estudio.

¿Cuáles son los hallazgos clínicos y endoscópicos en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital III ESSALUD. Red Asistencial - Puno. Periodo 2003 al 2004?

I.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

- OBJETIVO GENERAL.-

Describir los hallazgos clínicos y endoscópicos de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital III ESSALUD. Red Asistencial - Puno.

- OBJETIVO ESPECÍFICO.-

- ↳ Conocer las características de los pacientes de la altura con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta
- ↳ Describir los hallazgos clínicos
- ↳ Describir los hallazgos endoscópicos de la Hemorragia Digestiva Alta

I.4.-JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA:

Esta investigación tiene como finalidad demostrar y conocer las características de la Hemorragia Digestiva Alta en la ciudad de Puno ya que no existen estudios previos al respecto. Su importancia radica desde el punto de vista empírico, realizar esta investigación a un grupo de pacientes comunes en su patología procurando aportar nuevos conocimientos sobre un objeto de la realidad; desde el punto de vista metodológico, la ejecución del estudio obliga a la preparación de un diseño metodológico específico que, en gran medida se valide y puede servir para aplicarse en unidades análogas; desde el punto de vista personal, confirmar la validez o negación de las características de la población de estudio del problema formulado.

I.5.- JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA:

El conocer las características de los casos de Hemorragia Digestiva Alta en este

hospital, permitirá establecer parámetros de comparación para estudios futuros así como realizar comparaciones con los resultados encontrados a nivel del mar y de otros lugares de la misma o similar altura.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

La Hemorragia Digestiva Alta, se define como toda pérdida de sangre procedente del tubo digestivo en sus tramos superiores considerándose estos hasta el ángulo de treitz, punto donde el duodeno deja de ser retroperitoneal y pasa a ser una víscera peritoneal. El sangrado tiene origen arterial o venoso ocasionando diferentes tipos de hemorragia según el volumen del sangrado: Microscópica y crónica (anemia crónica, thevenon en heces). Macroscópica y aguda.

Constatación de la hemorragia:

✓ **Hematemesis.-** Vómito de sangre roja o coágulo sanguíneo, en pozos de café, se producen por sangrado lento ó que ha cesado y la hemoglobina se convierte en hematina parda por el ácido gástrico, siendo necesario diferenciar entre epistaxis y hemoptisis.

✓ **Melena.-** Heces negras como el alquitrán, de consistencia pastosa que también puede proceder de la parte baja como el colon ascendente. (Diferenciar de la falsa melena por medicamentos o alimentos)

✓ **Hematoquecia.-** Hemorragia rectal roja brillante o granate que sugiere hemorragia (mas allá del ángulo de Treitz), pero pueden indicar HDA rápida mayor a 1000cc.

✓ El sangrado oculto en heces.

Epidemiología,- La incidencia de HDA oscila entre 50 - 100 caso por 100 mil habitantes. Por año. La Mortalidad bordea el 12%, Es mas frecuente en el varón que en la mujer en proporción de 2 a 1, este predominio se debe a la mayor frecuencia de ulcera duodenal y de hemorragia por várices esofágicas en los varones. Se han implicado en la epidemiología de HDA una serie de factores ambientales como el hábito de fumar. Esta patología está muy influenciada por la edad, patología acompañante y volumen de sangre.

Etiopatogenia.- La HDA proviene de la erosión de un vaso arteria-vena de calibre medio en el fondo del cráter asociado a proceso de arteritis que conlleva a formación de dilatación pseudo aneurismática, finalmente la acción del ácido gástrico contribuyen a la aparición de la HDA.

La erosión de la mucosa gástrica tiene diferentes causas desde la acción de medicamentos como la aspirina que ocasiona daño directo sobre la mucosa del Antro, así como el Stress que ocasiona múltiples erosiones en la mucosa gástrica de pacientes de pacientes con enfermedades severas en quienes a nivel gástrico ocurren fenómenos isquémicos en la mucosa del cuerpo y fondo gástrico gástrico. Así como lesiones mecánicas por arcadas y vómitos al proyectarse la mucosa gástrica hacia el esófago.

Etiología.- Las causas más frecuentes de HDA son:

1. Úlcera péptica en estómago con una frecuencia del 36.2% de frecuencia en el Hospital Loayza de Lima seguida de la úlcera en duodeno con frecuencia de 28.7%
2. Esofagitis, gastritis y duodenitis erosivas.
3. Varices de esófago estómago y duodeno.
4. Neoplasias: carcinomas linfomas, tumores submucosos ulcerados, leiomiomasarcomas, leiomiomas, pólipos.
5. Gastropatía hipertensiva.
6. Síndrome de Mallori Weis
7. Malformaciones vasculares.
8. Hemofilia.

En una revisión española, la etiología 2 supera la 1.

Fisiopatología: La HDA provoca tres tipos de respuesta en el organismo:

1. **Cardiovascular.-** Debido a que disminuye el volumen sanguíneo disminuye el gasto cardíaco y por lo tanto aumenta la resistencia periférica lo que ocasiona palidez, a nivel esplácnico provoca isquemia intestinal y en hígado necrosis centro lobulillar y consiguiente taquicardia.
2. **Hormonal.-** Se activa el sistema renina angiotensina – aldosterona así como la acción de la hormona antidiurética.
3. **Respuesta hemostática.-** Formación de coágulo en caso de sangrado por vena vasoconstricción en caso de sangrado por arteria debido a úlcera y erosión.

Clínica:

La presentación clínica de la Hemorragia Digestiva puede ser de varias formas:

1. Sangrado oculto en heces, de escasa cuantía no modifica los caracteres de forma y color de las heces ni el peristaltismo intestinal. Se puede detectar por la presencia de anemia microcítica e hipocrómica en análisis de sangre.

- **Hematemesis.-** Vómito de sangre, con aspecto de sangre fresca o en posos de café por interacción del ácido clorhídrico con la sangre y la formación de hematina.
- **Melena.-** Emisión de sangre por el ano con aspecto pastoso alquitranado, olor característico, se diferencia de otras causas como la ingesta de hierro.

2. De inicio se evaluar la intensidad de la hemorragia:

- **Leve.-** Si la pérdida sanguínea es inferior a 1000cc (20% del volumen) y hay estabilidad hemodinámica.
- **Moderada.-** Cuando la pérdida supera a 1000cc hasta 1500 cc (20 - 25 % del volumen) y el paciente presenta ortostatismo, palidez, mareos.
- **Severa.-** El volumen supera los 1500 cc (mas del 25 % del volumen total) y además se manifiesta oliguria, hipotensión, taquicardia y shock.

3. Dolor Abdominal por úlcera, gastritis previo a la hemorragia.

4. Náusea y vómito que preceden a la hemorragia indican probable Mallory Weiss.

5. Historia de AINES, ingesta de alcohol ante posibles lesiones erosivas

6. Historia de enfermedad hepática crónica por la posibilidad de várices esofágicas.

Si hubo episodios previos, el 70% de ellos sangra por la misma causa.

En el examen físico es necesario investigar Ortostatismo (es decir si la PA cae más de 10 mmHg y el pulso supera en 20 x' en posición sentada respecto a la posición de cubito dorsal) y la presencia de masas en abdomen o estigmas hepáticos y fundamentalmente realizar tacto rectal.

Manejo:

De inicio confirmar el diagnóstico de HAD con la realización de un tacto rectal, colocación de sonda nasogástrica para examinar el contenido gástrico, así como examinar la cavidad bucal

Luego de pasar a evaluar la situación hemodinámica del paciente

- 1. Tensión arterial y frecuencia cardíaca:** En decúbito supino por de baja de los 100mmhg y/o una frecuencia cardíaca mayor de 110 lpm indican inestabilidad hemodinámica, también las variaciones posturales (caída tensional superior a 10 mmhg o subida de la f. cardíaca más de 10 lpm.).
- 2. Diuresis.-** Si es inferior a 30ccml/h, indica inestabilidad.
- 3. Estado de conciencia.-** Pasará de la normalidad a un estado de intranquilidad, luego estupor, confusión convulsiones y por último coma.
- 4. Signos de perfusión periférica.-** Tras la evaluación, se debe canalizar al menos dos vías venosas de gran calibre y cortas para permitir el paso de grandes volúmenes, si la situación clínica es mala debe canalizar un avía central y colocar una sonda vesical para medir la diuresis luego continuar con

la reposición de la volemia, se iniciará con soluciones cristaloides del tipo lactato ringer, siendo el objetivo que desaparezcan de mala perfusión periférica. De ser necesario se realizará intubación con sonda nasogástrica, procediendo con aspiración del contenido gástrico, en caso de ser claro se retira la vía; si el contenido sanguinolento se intubará la sonda de Ewald para provocar hemostasia de los vasos, al colapsar las paredes gástricas esto a su vez evitará la aspiración así como contribuirá en la preparación para la endoscopia de emergencia.

Diagnóstico:

Se buscarán antecedentes de úlcera peptica, hepatopatía previa, ingesta de fármacos gastroerosivos o alcoholismo, u otra patología crónica que agrava el pronóstico, de ser necesario determinar la frecuencia y características de las deposiciones. La exploración física deberá buscar estigmas de hepatopatía, manchas cutáneas de otro tipo (acantosis nigricans, enfermedad de Vonreckilngghausen etc.)

Pruebas complementarias: Se debe analizar.

- Concentración de la Hemoglobina y valoración del hematocrito, teniendo en cuenta que podría ser normal en las primeras fases hasta que se produce la hemodilución.
- Concentración de urea y creatinina.
- Estudio de coagulación. Perfil hepático, pruebas cruzadas para transfusión sanguínea.

- Fibrogastroscofia.- este tratamiento se aplica dentro de las primeras 24 horas luego de la HDA para localizar el origen del sangrado en el 90% de los casos. Es útil porque permite clasificar los tipos de sangrado (Clasificación de Forrest: I.- sangrado activo, II.- vaso visible y coágulo, III.- sin signos de sangrado).
- La arteriografía selectiva se aplica cuando la endoscopia no es diagnóstica, y requiere de un volumen de 0.5 ml por min. para detectarla, puede ser terapéutica utilizando técnicas de radiología intervencionista como embolización con distintas sustancias o fármacos como la vasopresina.
- La gammagrafia con hematíes marcados con Tc es poco usada en la actualidad.

Tratamiento Depende del tipo de HDA sea o no varicosa.

HDA no varicosa.- Tratamiento farmacológico que disminuye la secreción gástrica.

Vía endovenosa: anti H2 omeprazol, somatostatina, octeótrido, antiácidos por sonda nasogástrica. El tratamiento endoscópico que puede utilizar varios métodos como los térmicos (electrocoagulación láser) mecánicos (suturas hemoclips lazos de polipeptomía) o químicos (adhesivos titulares, sustancias vasoactivas). El tratamiento endoscópico falla en caso de úlceras grandes duodenales posteriores con sangrado activo.

Las técnicas angiográficas permiten la embolización y la aplicación de sustancias vasoactivas.

La cirugía es un método eficaz para detener el sangrado y prevenir el re-sangrado, muy útil cuando no responde al tratamiento endoscópico, o hay re-sangrado o es que

se trata de pacientes de alto riesgo (edad avanzada y patología concomitante) o intentos fustros en pacientes de bajo riesgo.

Tratamiento de HDA por várices.-

1. Reposición de volemia mediante el uso de sangre fresca o concentrado de hematíes.
2. Fármacos que disminuyen la presión portal: Octeótrido, propanolol, somatostatina.
3. Prevención de Encefalopatía hepática, por aspiración gástrica continua, administración de lactulosa, enemas de limpieza con lactulosa.
4. Taponamiento esofágico.- se utilizan sondas de balón o doble balón Sengstaken- Blakemore o la sonda de emmesota con una tercera sonda para aspiración del contenido esofágico. Tales taponamientos solamente pueden mantenerse por 24-36 horas, ya que la residiva tras su retirada es frecuente.
5. Tratamiento Endoscópico.- Para la aplicación de sustancias esclerosantes, o para aplicar el Bandung de las várices que puede ser difícil en caso de sangrado activo.
6. Derivaciones Portosistémicas transyugular intrahepática (TIPS).- es la colocación de una Prótesis expansible con técnicas vasculares que disminuirá la presión portal así como las várices esofágicas, sin embargo puede provocar encefalopatía, pero la morbilidad con este método es menor en comparación a los métodos quirúrgicos.
7. Técnicas quirúrgicas de derivación portosistémica transacción esofágica. Se usan cuando fracasa todos los medios anteriores descritos.

CAPITULO III

METODOLOGIA

CAPITULO III

METODOLOGIA

III.1. Tipo de estudio:

Estudio Descriptivo Observacional

III.2. Diseño de investigación:

Según Douglas, Altman, se trata de una investigación Descriptiva Observacional, Retrospectivo de corte Transversal.

III.3. Muestra de estudio:

III.3.1 Unidad de análisis:

Pacientes con diagnostico de Hemorragia Digestiva Alta sometidos a endoscopias en el Hospital III ESSALUD. Red Asistencial – Puno, periodo 2003 al 2004.

III.3.2. Unidad de muestreo:

Historias clínicas de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, sometidos a endoscopías admitidos en el Hospital III ESSALUD. Red Asistencial –

Puno, desde el 01 de Enero del 2003 al 31 de diciembre 2004.

III.3.3. Tamaño de la muestra:

Se considerará a toda la población que cumpla con los criterios de selección.

III.3.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión: Historias Clínicas de Pacientes de ambos sexos.
 Edad mayor de 15 años hasta 90 años.
 Pacientes con hemorragia digestiva alta que
 cuenten con estudio endoscópico.

III.3.5 Criterios de exclusión: Historias incompletas o extraviadas.
 Procedimientos sin reporte endoscópico
 completo.

III.4. Variables de estudio: Por tratarse de un estudio descriptivo
 observacional sin asociación de variables, no
 existen variables dependientes, independientes
 o intervinientes.

III.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Subindicadores
Edad	Tiempo de vida de la persona	Tiempo transcurrido entre fecha de nacimiento y fecha del estudio	Edad	Años	–
Sexo	Género de la persona	Características sexuales secundarias	Masculino	Caracteres sexuales propios del varón	–
			Femenino	Caracteres sexuales propios de la mujer	–
Antecedentes patológicos	Historia de enfermedades o hechos que se asocian a HDA	Enfermedades, hábitos nocivos o tratamientos gastrolesivos	Tabaquismo	Presente/ausente	Consumo de cualquier cantidad de cigarros /incluso uno) en el último mes.
			Alcohol	Presente/ausente	Ingesta de más de una onza diaria
			Ingesta AINES	Presente/ausente	Ingesta en últimas 48 horas
			Ingesta corticoides	Presente/ausente	Ingesta en últimas 48 horas

Síntomas principales			Coagulopatías	Presente/ausente	Transtorno vascular, de plaquetas o de factores de coagulación.
			Otras enfermedades	Cardiovascular, pulmonar, renal, hepática, gastrointestinal	Tipo de enfermedad y fecha de diagnóstico
Síntomas principales	Manifestaciones subjetivas de la enfermedad	Manifestaciones subjetivas relacionadas a la HDA	Náuseas	Presente/ausente	–
			Vómitos	Presente/ausente	–
			Regurgitación	Presente/ausente	–
			Acidez	Presente/ausente	–
			Disfagia	Presente/ausente	–
			Flatulencia	Presente/ausente	–
			Dolor	Presente/ausente	–
				Localización	Retroesternal, epigástrico, difuso
				Duración	Meses, semanas, días y/u horas
			Apetito	Sin variación, disminuido	–

			Peso	Sin variación, disminución o aumento	Variación de \pm 10% de peso en últimos 6 meses
			Hábito intestinal	Sin variación, diarreas o estreñimiento	–
Signos principales	Hallazgos clínicos	Manifestaciones objetivas de HDA por sistemas	Estado general	Estado nutricional, de hidratación, conciencia	–
			Piel	Normal, pálida, icterica	–
			Cardiovascular	Pulso, presión arterial, edemas	–
			Abdominal	Dolor	Localización e intensidad
				Ascitis	–
				Hepato-esplenomegalia	–
Hallazgos laboratoriales	Resultados de exámenes auxiliares	Resultados anormales relacionados a HDA		Melena	No, sí, sólo melena, sangre fresca. Tiempo de inicio
				Hematemesis	No, sí, porráceos, sangre fresca. Tiempo de inicio
			Hemoglobina	Normal / disminuida	–
			Hematocrito	Normal / disminuida	–
			Bilirrubinas	Normal / disminuida	–

			Transaminasas	Normal / disminuida	–
			Fosfatasa alcalina	Normal / disminuida	–
			Creatinina	Normal / disminuida	
			Biopsia	Normal / Anormal	Tipo de alteración
			Realizados	Sí / No	Fecha de endoscopia
			Hallazgos	Normal / Anormal	–
			Ubicación y número de lesiones	Fondo, cuerpo, antro	–
			Tipo de lesiones	Deprimidas, planas, elevadas	–
			Estudio endoscópico	Biopsia, citología	–
			Diagnóstico endoscópico	Úlcera, gastritis, pólipo, cáncer, Sd. Mallory-Weiss	–
			Transfusiones	No / Sí / número de unidades	–
			Antiulcerosos	Sí / No	–
			Antibióticos	Sí / No	–
			Transferido	Sí / No	Manejo por otra especialidad (oncología, cirugía)
Hallazgos endoscópicos	Resultado de endoscopia digestiva alta	Descripción de hallazgos de endoscopia digestiva alta			
Manejo	Indicaciones terapéuticas	Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la HDA y su etiología			

Diagnóstico final	Diagnóstico definitivo	Diagnóstico basado en exámenes histopatológicos y laboratoriales en conjunción con valoración clínica	Diagnóstico final	Gastritis aguda, gastritis crónica, gastritis crónica atrófica, úlcera péptica, Infección por <i>H. pylori</i> , cáncer, otros.	—
-------------------	------------------------	---	-------------------	---	---

III.5. Técnica y Método de trabajo.-

Estudio de revisión documentaria.

III.6. Tareas específicas para la recolección de datos u otros.-

Se procedió a revisar los registros de ingreso y egreso a emergencia y a los servicios de Medicina interna con los diagnósticos de HDA. Paralelamente se revisaron los registros de Endoscopías del servicio de Gastroenterología del hospital, seleccionando a los pacientes que se les realizó el procedimiento diagnóstico.

Una vez seleccionados los pacientes con HDA y endoscopia, se buscó en el servicio de archivo sus historias clínicas correspondientes para obtener las variables de estudio y registrarlas en fichas de recolección de datos (Anexo 1).

III.7. Procesamiento y análisis de datos.-

Los datos fueron codificados y tabulados para su organización, representación, análisis e interpretación. Se utilizó para el análisis el programa SPSS 13,0 para WINDOWS, un procesador de textos (Word 2003), y una base de datos electrónica (Excel 2003). Para un mayor entendimiento los resultados se presentan en tablas y gráficos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

- Descripción de la población

Tabla N° 1

Distribución de pacientes por edad y sexo

Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20-29	2	5,26	1	11,11	3	6,38
30-39	3	7,89	1	11,11	4	8,51
40-49	19	50,00	0	0,00	19	40,43
50-59	8	21,05	1	11,11	9	19,15
60-69	3	7,89	3	33,33	6	12,77
70-79	3	7,89	3	33,33	6	12,77
Total	38	100,00	9	100,00	47	100,00

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III EsSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

De la tabla se evidencia que la mayor incidencia es en los varones de los casos de estudio comprenden las edades entre 40-49 años con un 40.43%, seguidos por un 19.15% edades 50-59 años, con un 12.77% están las edades de 60-69 y 70-79 años en ambos casos, con un porcentaje menor de 8.51% edades de 30-39 años y 6.38% entre los 20-29 años.

Varones: 38 (80,85%)

Mujeres: 9 (19,15%)

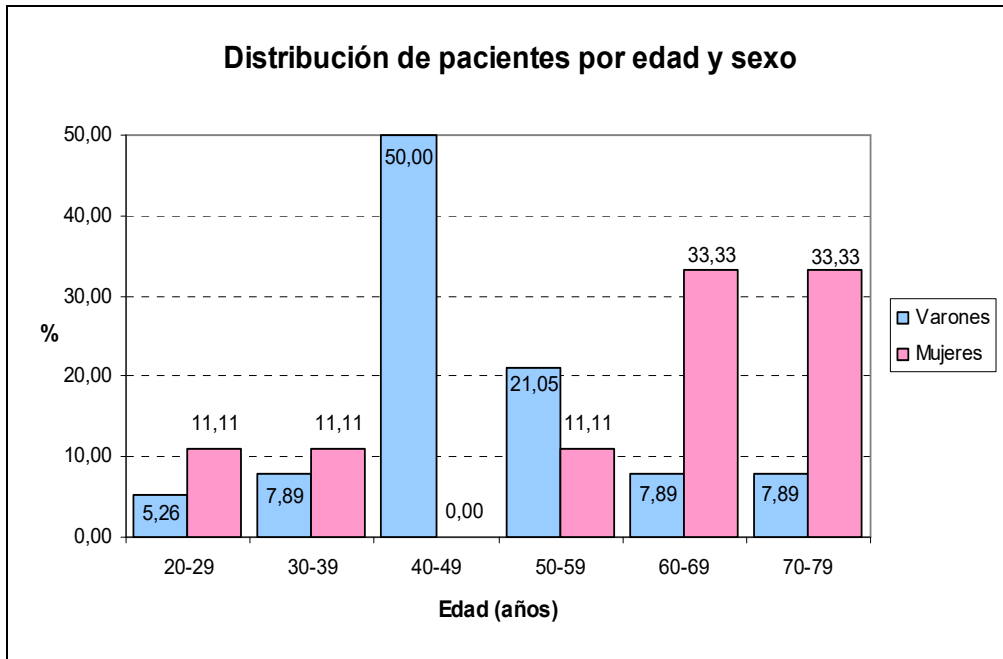
Chi² = 12,73

G. libertad = 5

p = 0,03

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 1



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Del gráfico podemos evidenciar que la mayor incidencia casos de estudio es en los varones que comprenden las edades entre 40-49 años con un 50%, seguido por las mujeres edades entre 60-69 y 70-79 años con el 33.33% en ambos casos, y los varones cuyas edades fluctúan entre los 50-59 años con el 21.05%.

Edad promedio \pm DS (Rango)

- Varones: 49,6 \pm 11,9 años (24 a 79 años)
 - Mujeres: 59,7 \pm 19,4 años (25 a 79 años)
- Prueba t = 1,41 G. libertad = 45 p = 0,17

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Tabla N° 2
Lugar de evaluación por el servicio de Gastroenterología

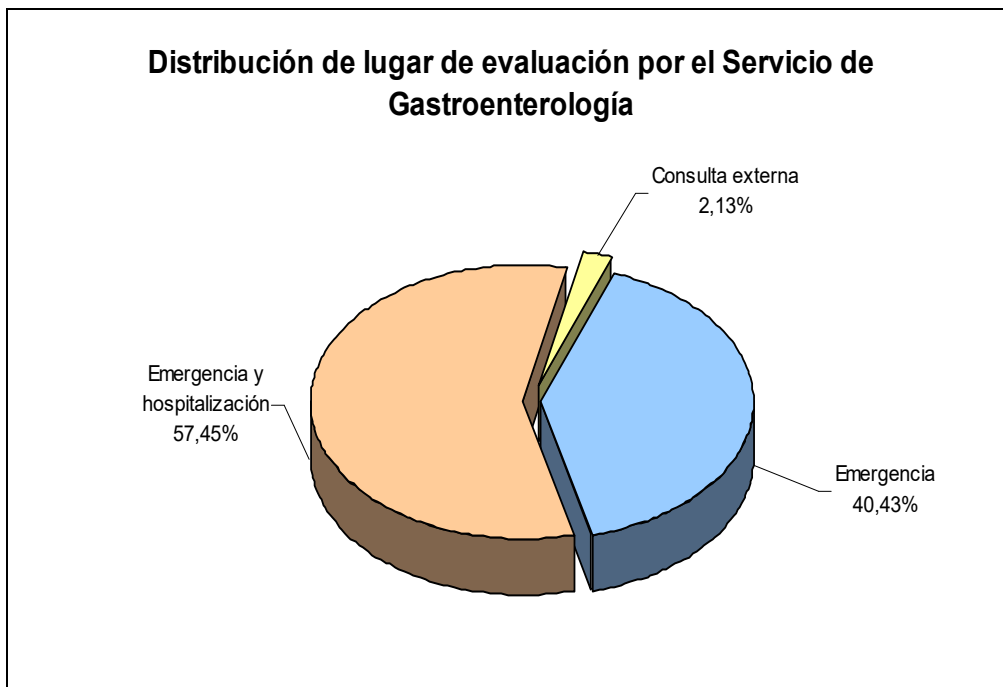
Lugar	N°	%
Emergencia	19	40,43
Emergencia y hospitalización	27	57,45
Consulta externa	1	2,13
Total	47	100,00

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

En la presente tabla el lugar de evaluación de la población de estudio la mayor incidencia fue en los servicios de emergencia y hospitalización con el 57.45%, seguido de la emergencia con el 40.43%, y finalmente, en consulta externa el 2.13%.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 2



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Del grafico se desprende que el lugar de evaluación de la población de estudio la mayor incidencia fue en los servicios de emergencia y hospitalización con el 57.45%, seguido de la emergencia con el 40.43%, y finalmente, en consulta externa el 2.13%.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

- **Hallazgos Clínicos**

Tabla N° 3
Características del sangrado en el episodio de ingreso

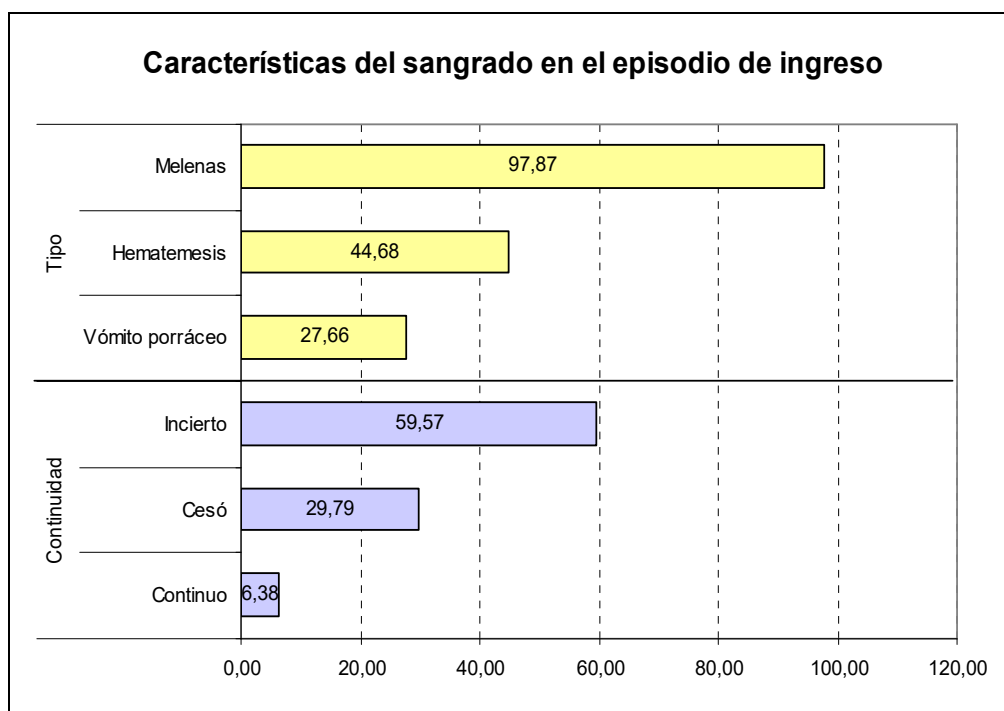
Característica		N°	%
Tipo	Melenas	46	97,87
	Hematemesis	21	44,68
	Vómito porráceo	13	27,66
Continuidad	Incierto	28	59,57
	Cesó	14	29,79
	Continuo	3	6,38

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Sobre las características del sangrado en el episodio de ingreso en cuanto al tipo las melenas fue en un 97.87%, seguido de las hematemesis en un 44.68%, y vómitos porráceos con el 27.66%; referente a la continuidad incierta con el 59.57%, cesó en el 29.79%, y continuó el 6.38%.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 3



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

De las características del sangrado en el episodio de ingreso en cuanto al tipo las melenas fue en un 97.87%, seguido de las hematemesis en un 44.68%, y vómitos porráceos con el 27.66%; referente a la continuidad incierto con el 59.57%, cesó en el 29.79%, y continuó el 6.38%.

Número de cámaras con melena: 2 (1 a 6)

Duración promedio del sangrado: $1,8 \pm 1,6$ días (1 hora - 6 días)

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Tabla N° 4
Sintomatología del episodio actual

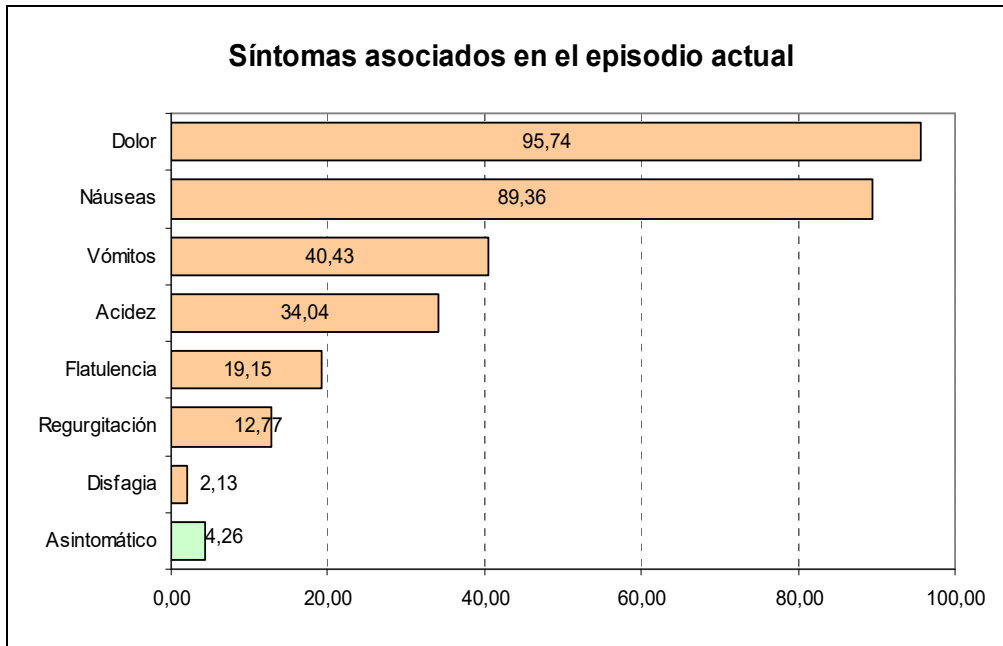
Sintomatología	N°	%
Dolor abdominal	45	95,74
Náuseas	42	89,36
Vómitos	19	40,43
Acidez	16	34,04
Flatulencia	9	19,15
Regurgitación	6	12,77
Disfagia	1	2,13
Asintomático	2	4,26

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –
 Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ES
 Salud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

De la sintomatología del episodio actual, además del sangrado, los pacientes experimentaron otros síntomas siendo el más frecuente fue dolor abdominal 95.74%, acompañado de sensación nauseosa 89.36%, vómitos 40.43%, un 34.04% de pacientes refirieron sensación de acidez (pirosis), 19.15% presentaron flatulencia, regurgitación de contenido gástrico en 12.77%, asintomáticos además del sangrado en 4.26% de pacientes, y disfagia un 2.13%.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 4



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Del gráfico acerca de la sintomatología del episodio actual, el más frecuente fue dolor abdominal 95.74%, acompañado de sensación nauseosa 89.36%, vómitos 40.43%, un 34.04% de pacientes refirieron sensación de acidez (pirosis), 19.15% presentaron flatulencia, regurgitación de contenido gástrico en 12.77%, asintomáticos además del sangrado en 4.26% de pacientes, y disfagia un 2.13%.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Tabla N° 5

Localización del dolor abdominal en el episodio actual

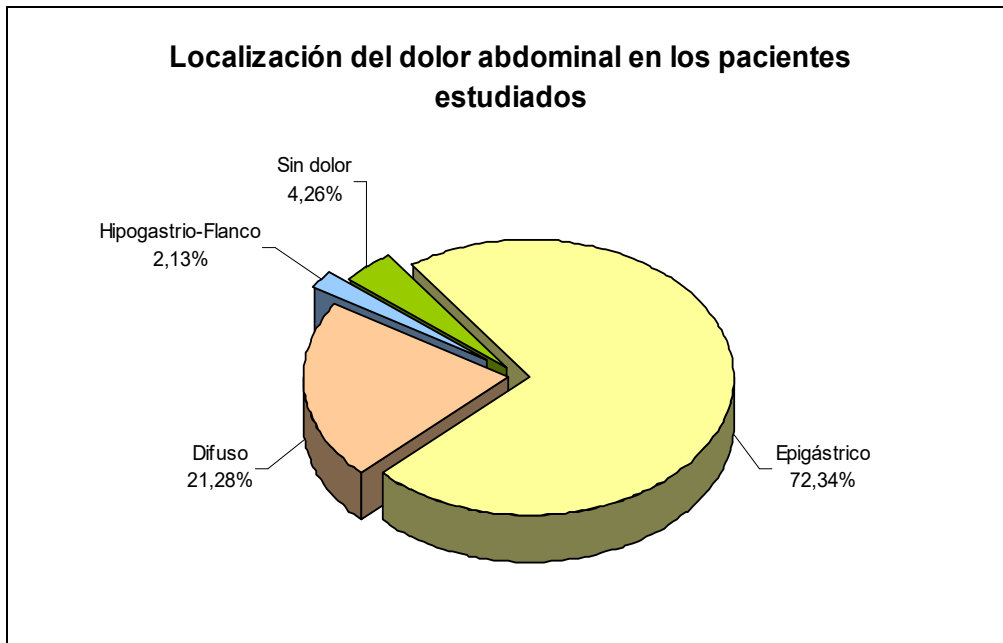
Localización	N°	%
Sin dolor	2	4,26
Epigástrico	34	72,34
Difuso	10	21,28
Hipogastrio-Flanco	1	2,13
Total	47	100,00

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Referente a la localización del dolor, este estuvo presente con mayor frecuencia en la zona epigástrica en un 72.34%, difuso el 21.28% de casos, sin dolor el 4.26%, y en el hipogastrio – flanco el 2.13%.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 5



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

En el gráfico se evidencia que la localización del dolor, este se localizó con más frecuencia en la zona epigástrica en un 72.34%, difuso el 21.28% de casos, sin dolor el 4.26%, y en el hipogastrio – flanco el 2.13%.

Duración del ataque doloroso: $6,4 \pm 16,6$ días (1 h a 70 días)

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Tabla N° 6

Otros síntomas asociados al episodio actual

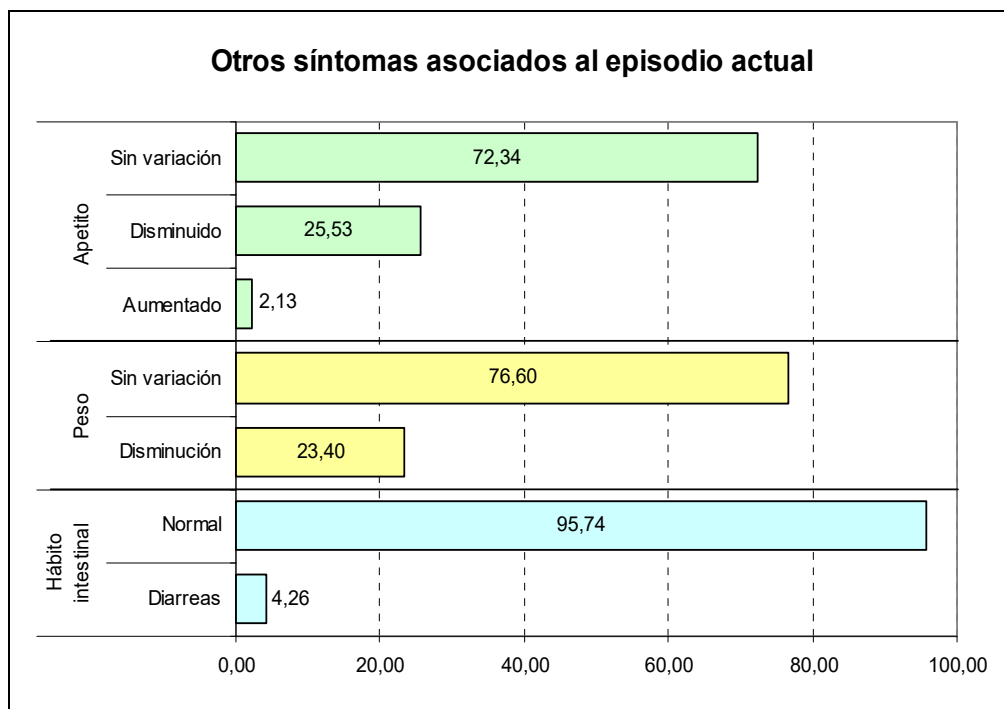
Síntoma	Característica	N°	
Apetito	Sin variación	34	72,34
	Disminuido	12	25,53
	Aumentado	1	2,13
Peso	Sin variación	36	76,60
	Disminución	11	23,40
Hábito intestinal	Normal	45	95,74
	Diarreas	2	4,26

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Los síntomas asociados al episodio actual a la hemorragia digestiva incluyeron alteraciones generales como pérdida del apetito en 25.53% de casos, aumento de apetito en un 2.13%, y sin variación el 72.34%; en cuanto al peso en la población de estudio existió una disminución de peso el 23.40% de pacientes, en promedio de unos 6,5 kg en los últimos meses, y sin variación el 76.60%, del hábito intestinal se evidenció una alteración a través de las diarreas en sólo 4.26% de casos, permaneciendo sin alteraciones el 95.74%.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 6



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Acerca de los síntomas asociados al episodio actual a la hemorragia digestiva referente a la pérdida del apetito en 25.53% de casos, sin variación el 72.34%, y aumento de apetito en un 2.13%; en cuanto al peso sin variación el 76.60%, existió disminución de peso en el 23.40% de pacientes, en promedio de unos 6,5 kg en los últimos meses; del habito intestinal se reflejó una alteración a través de las diarreas en sólo 4.26% de casos, permaneciendo sin alteraciones el 95.74%.

Pérdida promedio de peso: $6,5 \pm 3,3$ kg (4 a 13 kg)

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Tabla N° 7

Antecedente de ingesta de drogas

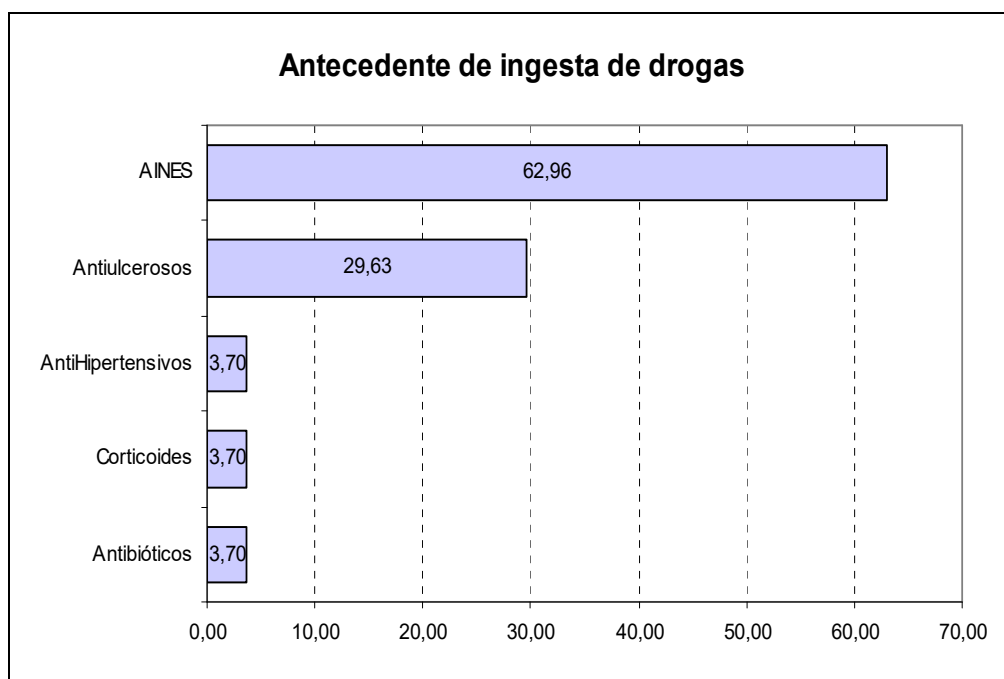
Antecedentes	N°	%
Uso continuo de drogas	27	57,45
- AINES	17	62,96
- Antiulcerosos	8	29,63
- AntiHipertensivos	1	3,70
- Corticoides	1	3,70
- Antibióticos	1	3,70

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Sobre los antecedentes de importancia, podemos observamos la frecuencia de uso continuo de drogas, que se presentó en 57.45% de pacientes, siendo los más importante de ellos, el 62.96% usó antiinflamatorios no esteroideos, sobre todo ibuprofeno, un 29.63% usaba ya antiulcerosos como tratamiento de una enfermedad ulceropéptica previa, sin embargo volvieron a presentar sangrado, la frecuencia de uso continuo de antihipertensivos, corticoides o antibióticos fue mucho menor en un 3.70% en los casos mencionados.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 7



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Sobre los antecedentes de importancia, podemos observamos la frecuencia de uso continuo de medicamentos, que se presentó en 57.45% de pacientes, siendo los más importante de ellos, el 62.96% usó antiinflamatorios no esteroideos, sobre todo ibuprofeno, un 29.63% usaba ya antiulcerosos como tratamiento de una enfermedad ulceropéptica previa, sin embargo volvieron a presentar sangrado, la frecuencia de uso continuo de antihipertensivos, corticoides o antibióticos fue mucho menor en un 3.70% en los casos mencionados.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Tabla N° 8

Antecedentes patológicos personales

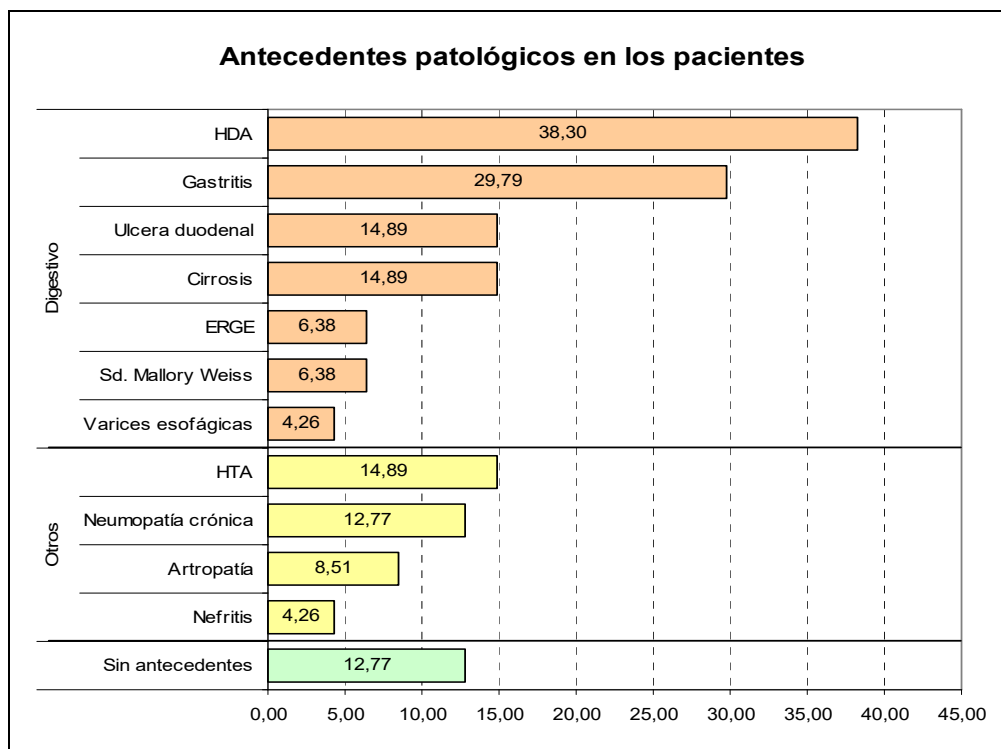
Sistema	Antecedente	N°	%
Digestivo	HDA	18	38,30
	Gastritis	14	29,79
	Úlcera duodenal	7	14,89
	Cirrosis	7	14,89
	ERGE	3	6,38
	Sd. Mallory Weiss	3	6,38
	Varices esofágicas	2	4,26
Otros	HTA	7	14,89
	Neuropatía crónica	6	12,77
	Artropatía	4	8,51
	Nefritis	2	4,26
Sin antecedentes		6	12,77

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

En cuanto a los antecedentes patológicos, en el sistema digestiva, el 38% de pacientes refirió antecedente de una hemorragia digestiva previa, el 29.79% un diagnóstico anterior de gastritis, el 14.89% tenían úlcera duodenal en el mismo porcentaje cirrosis, el 6.38% habían tenido episodios de ERGE y Síndrome de Mallory Weiss, en el 4.26% se conocía de la presencia de várices esofágicas, Entre otras patologías, destacan la hipertensión arterial 14.89%, neuropatías crónicas no tuberculosas en 12.77%, artropatías degenerativas en 8.51%, y dos casos con nefritis 4.26%. Y un 12.77% que no presentó ningún antecedente de importancia relacionado a la hemorragia digestiva actual.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 8



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

En los antecedentes patológicos, el sistema digestiva, un 38% de pacientes refirió antecedente de una hemorragia digestiva previa, el 29.79% un diagnóstico anterior de gastritis, el 14.89% tenían úlcera duodenal en el mismo porcentaje cirrosis, el 6.38% habían tenido episodios de ERGE y Síndrome de Mallory Weiss, en el 4.26% se conocía de la presencia de várices esofágicas, Entre otras patologías, destacan la hipertensión arterial 14.89%, neuropatías crónicas no tuberculosas en 12.77%, artropatías degenerativas en 8.51%, y dos casos con nefritis 4.26%. El 12.77% que no presentó ningún antecedente de importancia relacionado a la hemorragia digestiva actual.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003 -2004

Tabla N° 9

Antecedentes de hábitos nocivos

Hábito	N°	%
Tabaco	16	34,04
Alcohol	37	78,72
- Social	24	51,06
- Fuerte	13	27,66
Coca	1	2,13

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Acerca de los hábitos nocivos, el 34.04% de la población de estudio consumía tabaco en forma habitual, el 78.72% consumía alcohol, de los cuales un 51.06% referían que lo hacía en forma social en ocasiones especiales y 27.66% sostuvieron que lo hacía en forma habitual y con ingesta de grandes cantidades, de la ingesta de coca fue referida sólo por un 2.13% por la población de estudio.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003 -2004

Tabla N° 9 A

Consumo de Alcohol como hábito nocivo según género

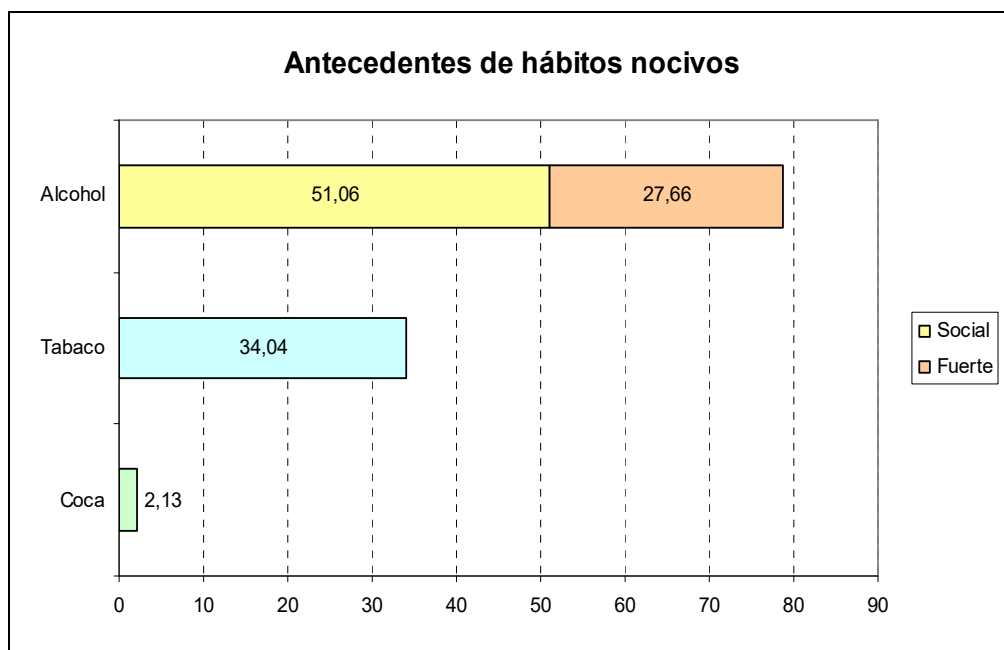
	Hábito	Hombres		Mujeres		Total	
		N°	%	N°	%		
Alcohol	- Social	18	48.64	6	16.21	24	64.85
	- Fuerte	13	35.13	0	0.00	13	35.13
	Total	31	83.77	6	16.21	37	100

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 – 2004

Referente a la ingesta de alcohol como hábito nocivo según género, podemos evidenciar que en la población de estudio, el hábito social es el de mayor consideración en un 64.85%, con incidencia del género masculino con el 48.64% y el género femenino con el 16.21%, a una prevalencia de 3/1; y como hábito fuerte lo considera el 35.13%, todos del sexo masculino, siendo la prevalencia general de 1.84/1.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNOSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 9



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

De los hábitos nocivos, el 34.04% de la población de estudio consumía tabaco en forma habitual, el 78.72% consumía alcohol, de los cuales un 51.06% referían que lo hacía en forma social en ocasiones especiales y 27.66% sostuvieron que lo hacía en forma habitual y con ingesta de grandes cantidades, de la ingesta de coca fue referida sólo por un 2.13%.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Tabla N° 10

Signos clínicos en el examen general

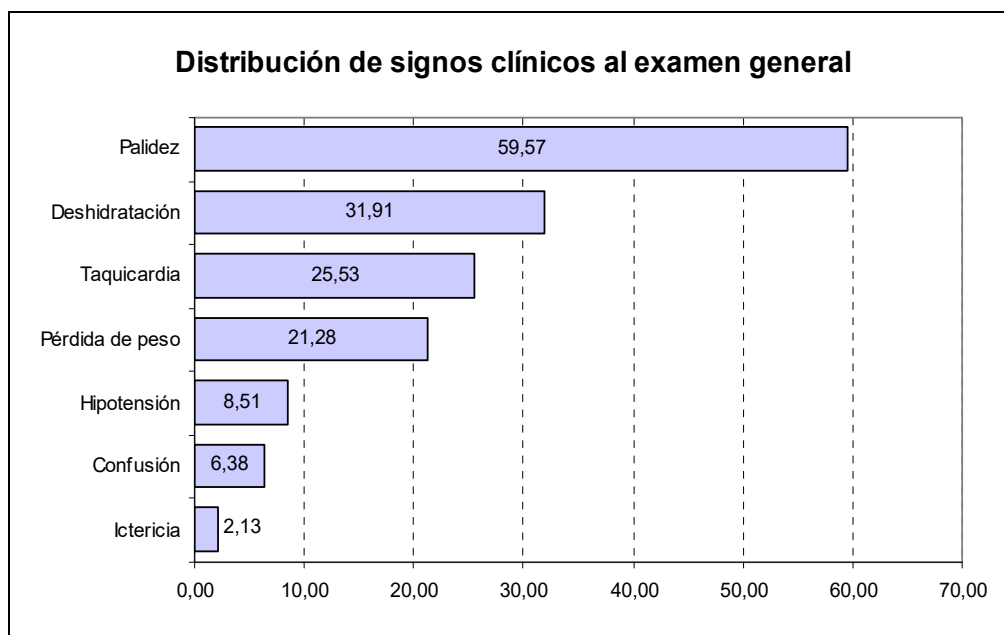
Signos Clínicos	N°	%
Palidez	28	59,57
Deshidratación	15	31,91
Taquicardia	12	25,53
Pérdida de peso	10	21,28
Hipotensión	4	8,51
Confusión	3	6,38
Ictericia	1	2,13

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

En cuanto a los signos clínicos en el examen físico general, se encontró palidez en 59.57% de pacientes, con signos de deshidratación en 31.91%, taquicardia en 25.53%, pérdida de peso en 21.28%, hipotensión en 8.51% y alteración del sensorio con estado confusional en 6.38% y ictericia en 2.13% de casos.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 10



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Referente a los signos clínicos en el examen físico general, se encontró palidez en 59.57% de pacientes, con signos de deshidratación en 31.91%, taquicardia en 25.53%, pérdida de peso en 21.28%, hipotensión en 8.51% y alteración del sensorio con estado confusional en 6.38% y ictericia en 2.13% de casos.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Tabla N° 11

Signos clínicos en el examen preferencial

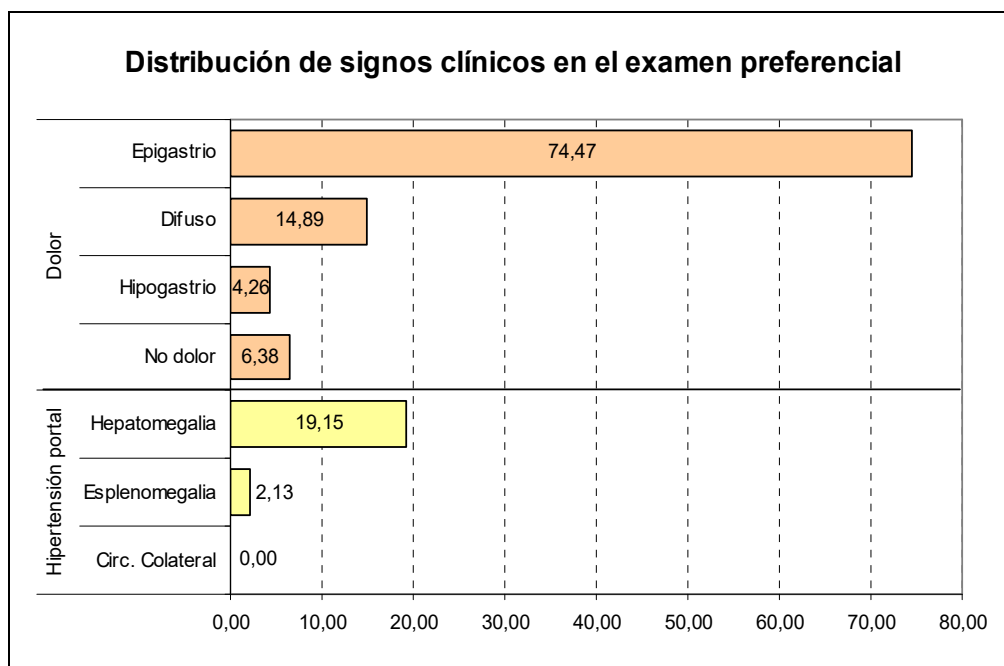
Signos Clínicos	Característica	N°	%
Dolor	Epigastrio	35	74,47
	Difuso	7	14,89
	Hipogastrio	2	4,26
	No dolor	3	6,38
Hipertensión portal	Hepatomegalia	9	19,15
	Esplenomegalia	1	2,13
	Circ. Colateral	0	0,00

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

En cuanto a los signos clínicos en el examen preferencial del sistema digestivo, el signo más importante encontrado fue dolor epigástrico en 74.47%, mientras que fue difuso en 14.89%, no presentaron dolor un 6.38%, y el 4.26% presentó dolor en el hipogastrio; además se encontraron signos sugerentes de hipertensión portal como hepatomegalia en 19.15% de pacientes, esplenomegalia en 2.13%, pero ninguno presentó circulación colateral.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 11



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

De los signos clínicos en el examen preferencial del sistema digestivo, el signo más importante encontrado fue dolor epigástrico en 74.47%, mientras que fue difuso en 14.89%, no presentaron dolor un 6.38%, y el 4.26% presentó dolor en el hipogastrio; además se encontraron signos sugerentes de hipertensión portal como hepatomegalia en 19.15% de pacientes, esplenomegalia en 2.13%, pero ninguno presentó circulación colateral.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Tabla N° 12
Valores de hemoglobina en los pacientes estudiados

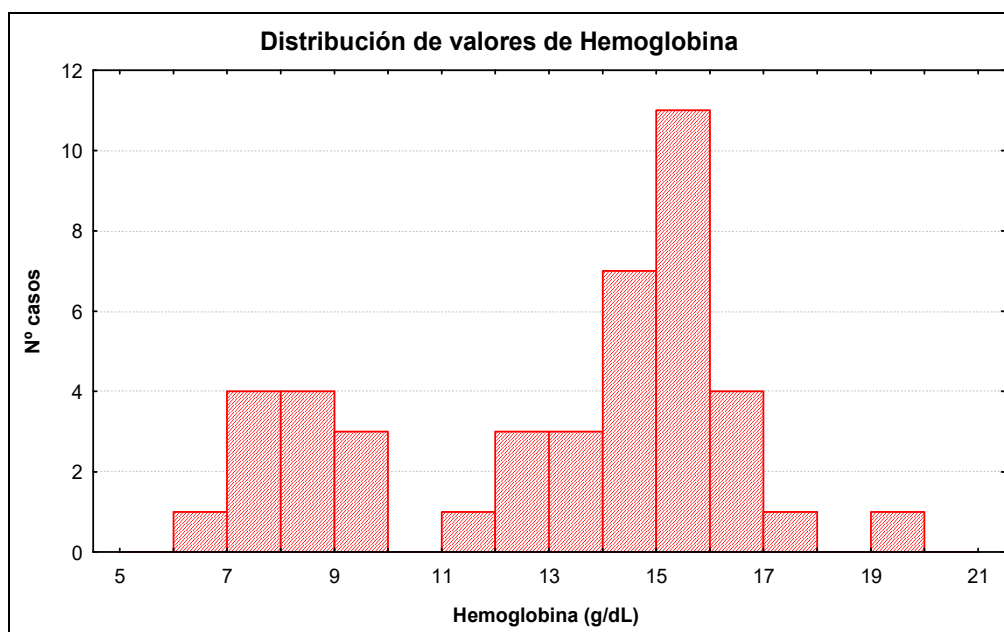
Hb (mg/dL)	N°	%
6 a 6,9	1	2,13%
7 a 7,9	4	8,51%
8 a 8,9	8	17,02%
9 a 9,9	3	6,38%
10 a 10,9	0	0,00%
11 a 11,9	1	2,13%
12 a 12,9	3	6,38%
13 a 13,9	3	6,38%
14 a 14,9	7	14,89%
15 a 15,9	11	23,40%
16 a 16,9	4	8,51%
17 a 17,9	1	2,13%
18 a 18,9	0	0,00%
19 a 19,9	1	2,13%
TOTAL	47	100,00%

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 -

En cuanto a los niveles de Hemoglobina encontrados en la población de estudio, el 23.40% tienen valores entre 15 a 15.9%; un 17.02% tienen un valor de 8 a 8,9 mg/dl; el 14.89% entre 14 a 14,9mg/dl; un 8.51% tienen un valor entre 16 a 16,9 mg/dl y 7 a 7,9% en ambos casos; el 6.38% se les encontró valores entre 13 a 13,9 mg/dl, 12 a 12,9 mg/dl y 9 a 9,9 mg/dl en los casos mencionados; y finalmente el 2.13% arrojaron valores comprendidos entre 19 a 19,9 mg/dl, 17 a 17,9 mg/dl, 11 a 11,9 mg/dl y 6 a 6,9 mg/dl para los casos mencionados.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 12



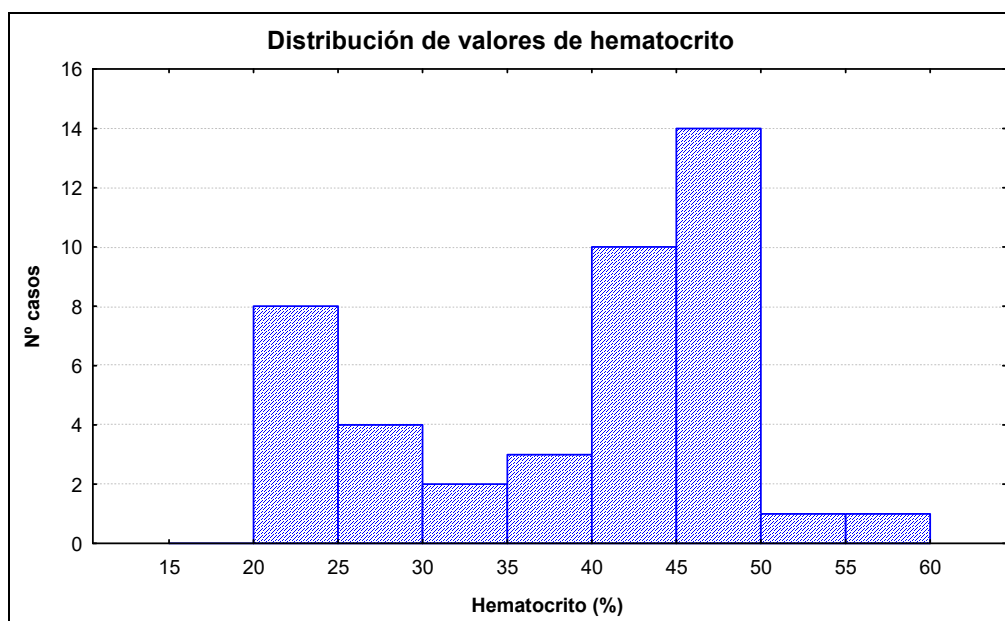
Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Sobre la distribución de los valores de hemoglobina y hematocrito respectivamente; podemos ver que la hemoglobina tiene una distribución bimodal, con un grupo de pacientes que presentan hemoglobina de 6 a 10 g/dl, y otro que tiene entre 11 y 20 g/dl; podemos presumir que en 12 pacientes hubo una pérdida importante de sangre que produjo anemia, y en los restantes la pérdida no fue suficiente para disminuir los valores de hemoglobina; en global el nivel promedio fue de 13,09 g/dL. El hematocrito sigue el mismo patrón, con dos valores modales entre 20 y 25% y entre 45 y 50%.

Promedio \pm Desv. estándar (Rango): 13,09 \pm 3,35 g/dL (6,6 a 19,1 g/dL)

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA -
HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 13



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Podemos evidencia en el gráfico que el nivel del Hematocrito sigue el mismo patrón que la Hemoglobina, con dos valores modales entre 20 y 25% y entre 45 y 50%.

Promedio \pm Desv. estándar (Rango): $38,9 \pm 10,0 \%$ (21,1 a 56,0%)

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

- **Hallazgos Endoscópicos**

Tabla N° 13

Tipo de endoscopia realizada (n = 33)

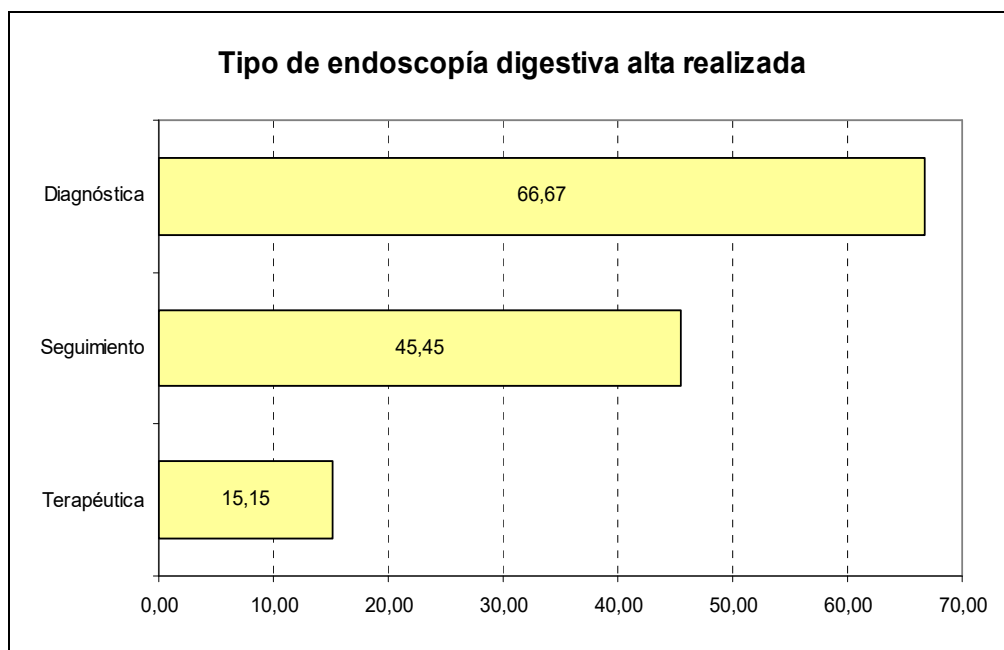
Tipo de Endoscopia	N°	%
Diagnóstica	22	66,67
Seguimiento	15	45,45
Terapéutica	5	15,15

Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –
 Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III
 ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

En cuanto al tipo de endoscopia realizada, se muestra que en 22 casos el 66.67% se hizo un estudio diagnóstico, en 15 casos el 45.45% se consideró como seguimiento por haber una endoscopia anterior, y en 5 casos el 15.15% se realizó una endoscopia terapéutica.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNOSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 14



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

En cuanto al tipo de endoscopia realizada, se muestra en el gráfico que en 22 casos el 66.67% se hizo un estudio diagnóstico, en 15 casos el 45.45% se consideró como seguimiento por haber una endoscopia anterior, y en 5 casos el 15.15% se realizó una endoscopia terapéutica.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Tabla N° 14
Hallazgos en la endoscopia digestiva alta

Ubicación	Hallazgo	Nº	%	
Esófago	Dilataciones venosas	3	9,09	
	Erosiones	1	3,03	
	Úlceras	2	6,06	
	Vaso sangrante	1	3,03	
Estómago	Fondo	Congestión	1	3,03
		Lago mucoso	2	6,06
		Úlceras	1	3,03
	Cuerpo	Congestión	3	9,09
		Erosiones activas	1	3,03
		Erosiones inactivas	3	9,09
	Antro	Palidez	2	6,06
		Congestión	7	21,21
		Erosiones activas	1	3,03
		Erosiones inactivas	2	6,06
		Úlceras	4	12,12
	Píloro	Congestión	3	9,09
		Erosiones activas	2	6,06
		Erosiones inactivas	1	3,03
		Úlceras	1	3,03
Duodeno	Congestión	3	9,09	
	Erosiones activas	1	3,03	
	Erosiones inactivas	2	6,06	
	Úlceras	12	36,36	

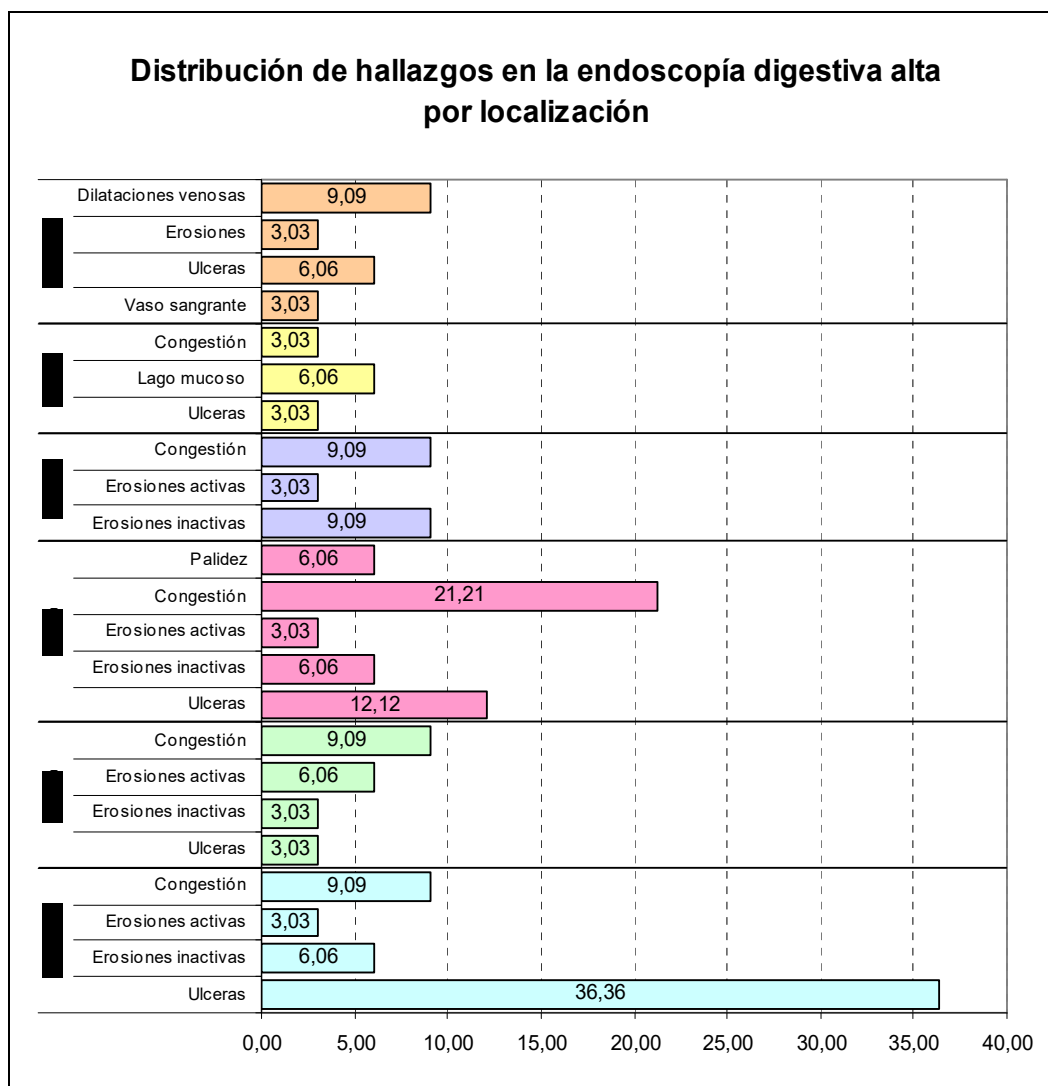
Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Acerca de los hallazgos descritos en las endoscopías digestivas altas, considerando la descripción por cada nivel estudiado a medida que ingresaba

el endoscopio. En esófago se encontraron dilataciones venosas en 9.09% de casos, erosiones a nivel del tercio distal en 3.03%, dos casos con úlceras distales 6.06%, y un caso con un vaso sangrante. A nivel del estómago, en el fondo gástrico predominó el hallazgo de un lago mucoso en 6.06%, con presencia de congestión en un caso y otro con ulceraciones en el fondo 3.03%, en el cuerpo gástrico, se encontró congestión en 9.09% de casos, erosiones inactivas el 9.09% y erosiones activas un 3.03%, a nivel antral predominó el aspecto congestivo 21.21%, con úlceras en 12.12%, erosiones inactivas en 6.06%, erosiones activas un 3.03%, en píloro también hubo congestión en 9.09%, erosiones activas 6.06% y erosiones inactivas 3.03%, con una ulceración 3.03%. A nivel duodenal es donde se encuentran las lesiones más frecuentes, con úlceras predominantemente de pared anterior en 36.36% de casos, seguida de congestión el 9.09%, erosiones inactivas el 6.06% y erosiones activas un 3.03% de los casos. Lo que se puede evidenciar una relación entre la UG/UD de 0.33/3.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNOSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 15



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

Del gráfico podemos evidenciar acerca de los hallazgos descritos en las endoscopías digestivas altas, considerando la descripción por cada nivel estudiado a medida que ingresaba el endoscopio. En esófago se encontraron

dilataciones venosas en 9.09% de casos, erosiones a nivel del tercio distal en 3.03%, dos casos con úlceras distales 6.06%, y un caso con un vaso sangrante. A nivel del estómago, en el fondo gástrico predominó el hallazgo de un lago mucoso en 6.06%, con presencia de congestión en un caso y otro con ulceraciones en el fondo 3.03%, en el cuerpo gástrico, se encontró congestión en 9.09% de casos, erosiones inactivas el 9.09% y erosiones activas un 3.03%, a nivel astral predominó el aspecto congestivo 21.21%, con úlceras en 12.12%, erosiones inactivas en 6.06%, erosiones activas un 3.03%, en píloro también hubo congestión en 9.09%, erosiones activas 6.06% y erosiones inactivas 3.03%, con una ulceración 3.03%. A nivel duodenal es donde se encuentran las lesiones más frecuentes, con úlceras predominantemente de pared anterior en 36.36% de casos, seguida de congestión el 9.09%, erosiones inactivas el 6.06% y erosiones activas un 3.03% de los casos.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNOSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Tabla N° 15
Diagnóstico endoscópico por ubicación

Ubicación	Diagnóstico	N°	%
Esófago (n = 10; 30,30%)	Úlcera	2	20,00
	Várices inactivas	1	10,00
	Várices sangrantes	3	30,00
	Esofagitis	2	20,00
	Hernia hiatal	2	20,00
Estómago (n = 15; 45,45%)	Úlcera gástrica	1	6,67
	Forrest Ia	1	6,67
	Forrest IIb	1	6,67
	No consignada	2	13,33
	Gastritis crónica superficial	7	46,67
	Gastritis aguda superficial	1	6,67
	Gastropatía eritematosa	1	6,67
	Antritis erosiva	2	13,33
Duodeno (n = 16; 48,48%)	Duodenitis congestiva	2	12,50
	Forrest Ia	3	18,75
	Forrest IIa	3	18,75
	Úlcera	1	6,25
	Forrest IIb	1	6,25
	Forrest III	5	31,25
	No especificada	1	6,25
	Cicatrizal	1	6,25

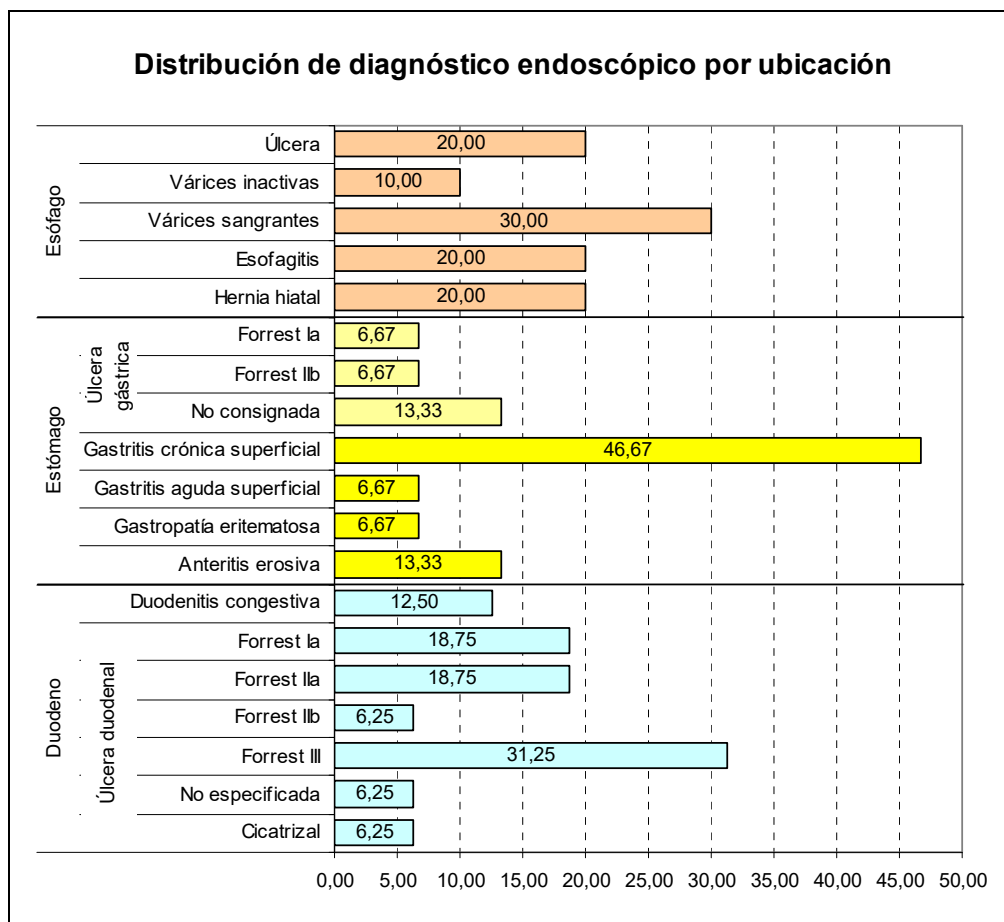
Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III ESSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

En cuanto al diagnóstico endoscópico por ubicación, se encontraron hallazgos de lesiones esofágicas en 30.30% de casos, de los cuales las varices

sangrantes tienen un 30%, seguido de las úlceras, esofagitis y la hernia hiatal representan el 20% en cada caso, y las varices inactivas solo el 10%; en cuanto a las lesiones gástricas representan el 45.45%, de los cuales la gastritis crónica superficial representa el 46.67%, seguida de la antritis erosiva y la úlcera gástrica no consignada en un 13.33% en ambos casos y en un orden minoritario aparecen las úlcera gástrica forrest Ia y forrest IIb, la gastritis aguda superficial y la gastropatía eritematosa en un 6.67% para todos los casos; y finalmente, las lesiones duodenales en 48.48%. distribuidas en orden del 31.25% para las úlceras duodenales forrest III, el 18.75% forrest Ia y forrest IIa, duodenitis congestiva un 12.50%, y finalmente, úlcera duodenal forrest IIb, no especificada y cicatrizal en un 6.25% para los casos mencionados.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN LA ALTURA.
HALLAZGOS CLÍNICOS –DIAGNÓSTICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- HOSPITAL III ESSALUD. RED ASISTENCIAL - PUNO. 2003-2004

Gráfico N° 16



Fuente: Historias Clínicas de Pacientes con Hallazgos Clínicos –Diagnósticos en Hemorragia Digestiva Alta – Hospital III EsSalud. Red Asistencial. Puno. 2003 - 2004

En cuanto al diagnóstico endoscópico por ubicación, se encontraron hallazgos de lesiones esofágicas en 30.30% de casos, de los cuales las varices sangrantes tienen un 30%, seguido de las úlceras, esofagitis y la hernia hiatal representan el 20% en cada caso, y las varices inactivas solo el 10%; en cuanto a las lesiones gástricas representan el 45.45%, de los cuales la gastritis

crónica superficial representa el 46.67%, seguida de la antritis erosiva y la úlcera gástrica no consignada en un 13.33% en ambos casos y en un orden minoritario aparecen las úlcera gástrica forrest Ia y forrest IIb, la gastritis aguda superficial y la gastropatía eritematosa en un 6.67% para todos los casos; y finalmente, las lesiones duodenales en 48.48%. distribuidas en orden del 31.25% para las úlceras duodenales forrest III, el 18.75% forrest Ia y forrest IIa, duodenitis congestiva un 12.50%, y finalmente, úlcera duodenal forrest IIb, no especificada y cicatrizal en un 6.25% para los casos mencionados.

CAPITULO V
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objetivo de conocer las características clínicas y endoscópicas de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en altura 3800 y 4200 m.s.n.m, entre los pacientes atendidos en el Hospital III de EsSalud Puno durante los años 2003 al 2004, existen diferentes estudios en altura sobre patología digestiva pero pocos son los realizados en la ciudad de Puno con estudio endoscópico. En el Perú, sobre todo en la región de la Sierra, donde debido a la menor presión de oxígeno el poblador se adapta fisiológicamente modificando sus patrones sanguíneos en gran parte de la población asociado a valores elevados de hemoglobina, y el “Mal de Altura” en los pacientes, lo cual tiene directa relación con la severidad del cuadro, lo que obliga a variar de alguna manera el tratamiento en la Hemorragia Digestiva alta. Los niveles de normalidad entre los que se ubica la mayoría de la población van de los 2300 - 3500 msnm, incluso hasta los 4000 msnm regiones denominadas las “grandes alturas” (Región Puna - Janca), por sobre los 4800 msnm las condiciones de hipoxia, frío hacen difícil la adaptación, donde los patrones fisiológicos de adaptabilidad y allí radica las <<desviaciones fisiológicas>> que refería Monge Medrano, las cuales implican algunas modificaciones anatómicas haciendo factible la ocurrencia de cierto tipo de patología. (7).

Hemos encontrado en el periodo de estudio a 47 historias clínicas de pacientes que cumplieron los criterios de selección, incluyendo a todos aquellos que presentaron hemorragia digestiva, y en ellos hacemos un análisis de las características clínicas desde el enfoque semiológico, comenzando por una descripción de la historia de la enfermedad, sus antecedentes más importantes y las manifestaciones subjetivas, así como los hallazgos del examen clínico; de ellos sólo 33 fueron sometidos a estudio endoscópico, sea diagnóstico, de seguimiento o terapéutico, y de ellos reportamos los principales hallazgos y los diagnósticos endoscópicos de la Hemorragia Digestiva alta.

Referente a la distribución de pacientes por edad y sexo en la población de estudio; existe un predominio de varones 80.85%, sobre mujeres 19.15%, constituyéndose en una diferencia significativa $p = 0,03$. En relación a la edad, a pesar que existe diferencias marcadas y/o significativas entre las edades de afectación de varones y mujeres, siendo de 49,6 años para los primeros y de 59,7 años para mujeres $p = 0,17$, existiendo una relación de 4,2/1. (Tabla N° 1 y Cuadro N° 1), podemos evidenciar que los varones mostraron una tendencia a presentar hemorragia digestiva a menor edad. Esto cobra gran importancia al afectar a un sector económicamente activo de la población. Comparando los resultados encontrados con estudios realizados en la costa se encontró también un predominio del sexo masculino; se describen proporciones entre 60% (5, 11) y 87% (33, Epidemio. de HDA) , nuestros resultados son también concordantes con hallazgos de los estudios en la altura, comparativos como la investigación realizada por Berríos (22, UPOCH), que encontró en el 98% de

casos como varones, la edad fue variable, encontrando que en la sierra los pacientes fueron más jóvenes, entre 30 y 39 años, mientras que en la costa tendían a ser mayores con 60 años en la mayoría; en otro estudio comparativo llevado a cabo por el Hospital Regional del Cuzco. (6), a 3399 msnm sobre Hemorragia Digestiva Alta en 78 pacientes donde también se encontró que predominó el sexo masculino sobre el femenino en relación de 2,3 a 1, y la edad más frecuente fue entre 30 y 40 años, en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima. (2), se llevó a cabo un estudio, en 358 pacientes, con relación de 3/1 entre el sexo masculino y femenino respectivamente, con edad predominante de 50 años, en otro estudio comparativo realizado en la Ciudad de Huaraz, (11) Hospital Víctor Ramos Guardias - MINSA, se estudiaron 115 casos de HDA entre los años de 1992 y 1995 a una altura de 3207 msnm, también predominó el sexo masculino en 55.7%, mayores de 60 años de edad, es así que la Mortalidad bordea el 12%, siendo más frecuente en el varón que en la mujer en proporción de 2 a 1, este predominio se debe a la mayor frecuencia de ulcera duodenal y de hemorragia por várices esofágicas en los varones, muy por el contrario son los resultados por el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (1) con predominio del sexo femenino en un 86.24% evidentemente por tratarse de un hospital que por su naturaleza de creación su mayor población es del género femenino, siendo el grupo etáreo más frecuente mayores de 80 años con el 23.12% no obstante ello, el autor concluye que tanto en la altura como a nivel del mar, la hemorragia digestiva ocurre con más frecuencia en varones.

En cuanto al lugar de la evaluación por el Servicio de Gastroenterología evaluó a todos los casos de hemorragia digestiva alta, realizando la evaluación en Emergencia en el 40.43% de casos, en 57.45% realizó una evaluación de seguimiento en hospitalización; sólo un caso 2.13% acudió con hemorragia digestiva alta por consulta externa, debida a su poca magnitud. (Tabla N° 2 y Gráfico N° 2), realizaremos un análisis de la clínica de los casos de hemorragia digestiva alta estudiados, enfocándolos desde la perspectiva del análisis semiológico de la patología digestiva, comenzando con los síntomas referidos, los antecedentes patológicos de importancia, y los hallazgos del examen físico, haciendo un análisis comparativo el autor esta de acuerdo con Berríos (22 ,UPCH), quien hace referencia a Garrido Klinge en sus Tesis Doctoral que encontró en su consultorio privado encontró un 22.50% en 631 pacientes ulcerosos con una relación UG/UD = 1/4.5; en 39 casos del consultorio externo del servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza la hemorragia se encontró en 30% con una relación UG/UD = 1/2.7, el investigador sostiene que haciendo una buena historia clínica y un examen físico minucioso se buscará antecedentes de úlcera péptica, hepatopatía previa, ingesta de fármacos gastroerosivos o alcoholismo, u otra patología crónica que agrava el pronóstico, de ser necesario determinar la frecuencia y características de las deposiciones, en la exploración física se deberá buscar estigmas de hepatopatía crónica, por lo que se puede diagnosticar Hemorragias oportunamente evitando que lleguen al servicio de emergencia y consecuentemente con un mejor pronóstico

De las características referidas del sangrado digestivo en el momento del ingreso, el 97.87% de pacientes presentaron melenas, acompañadas de hematemesis en 44.68%, con vómito de características porráceas en 27.66% de casos, en cuanto a la continuidad del sangrado, no pudo precisarse por la narración del paciente en 59.57% de casos, cesó espontáneamente en 29.79%, y fue continuo hasta el ingreso en 6.38% de casos, los pacientes que presentaron melena tuvieron entre 1 a 6 cámaras de estas características, con una media de 2. La duración del sangrado antes de la consulta fue en promedio de 1,8 días, variando entre una hora y 6 días. (Tabla N° 3 y Gráfico N° 3), en los estudios revisados, se describe a la hematemesis y melenas como los síntomas más frecuentes, en dos tercios de pacientes, tanto en la altura como a nivel del mar, el autor coinciden con Berríos (22 UPCH), en los resultados encontrados en su estudio al referir que entre las características clínicas relacionadas con el sangrado, la forma de presentación más frecuente fue la hematemesis y melenas concomitantes en el 64%, seguido de la melena en un 28%, manifestaciones clínicas muy similares en los resultados de la población de estudio, donde el 97.87% de pacientes presentaron melenas, acompañadas de hematemesis en un 44.68%, por otro lado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (1), la causa frecuente es lesiones de mucosa gástrica en pacientes mayores de 80 años, con el síntoma mas frecuente de hematemesis, de igual forma en el Hospital Cayetano Heredia. (5), se encontró que el 80% de pacientes presentó síntomas de melena y el 53% de hematemesis, en la Ciudad de Huaraz, (11 Hospital Víctor Ramos Guardias – MINSA) , encontró síntomas predominantes de hematemesis y melena en

30.40% solo melena 55% en los casos estudiados, de la misma manera en la región de la Selva, en la ciudad de Iquitos IPSS (4), en un estudio de 119 pacientes por HDA., El síntoma más frecuente es la melena, por lo que el autor concluye que las características referidas al sangrado predomina la hematemesis y la melena, tanto en la altura como a nivel de mar, según los estudios consultados y comparados.

De la sintomatología del episodio actual, además del sangrado, los pacientes experimentaron entre otros síntomas siendo, el más frecuente el dolor abdominal 95.74%, acompañado de sensación nauseosa 89.36%, o vómitos 40.43%, un 34.04% de pacientes refirieron sensación de acides (pirosis), 19.15% presentaron flatulencia, regurgitación de contenido gástrico en 12.77%, disfagia en un caso, y fueron asintomáticos además del sangrado en 4.26% de pacientes. (Tabla N° 4 y Gráfico N° 4), de acuerdo a la Etiopatogenia de la HDA proviene de la erosión de un vaso arteria-vena de calibre medio en el fondo del cráter asociado a proceso de arteritis que conlleva a formación de dilatación pseudo aneurismática, finalmente la acción del ácido gástrico contribuyen a la aparición de la HDA, la erosión de la mucosa gástrica tiene diferentes causas desde la acción de medicamentos como la aspirina que ocasiona daño directo sobre la mucosa del Antro, así como el Stress que ocasiona múltiples erosiones en la mucosa gástrica de pacientes con enfermedades severas en quienes a nivel gástrico ocurren fenómenos isquémicos en la mucosa del cuerpo y fondo gástrico gástrico, así como lesiones mecánicas por arcadas y vómitos al proyectarse la mucosa

gástrica hacia el esófago, la presentación clínica de la Hemorragia Digestiva puede ser de varias formas, como el dolor Abdominal por úlcera, gastritis previo a la hemorragia, náusea y vómito que preceden a la hemorragia indican probable Mallory Weiss, historia de AINES, ingesta de alcohol ante posibles lesiones erosivas, y la historia de enfermedad hepática crónica por la posibilidad de várices esofágicas, fundamentado en la base teórica; por ello, la hemorragia gastrointestinal alta es una emergencia relativamente común y potencialmente letal dado su alto índice de admisión anual, la mortalidad que produce una hemorragia digestiva alta aguda ha permanecido constante en un 10% en los últimos 50 años. (10), en el estudio del Hospital II IPSS Iquitos (4), encontraron epigastralgia en el 68.20% resultado comparado en similitud encontrado por el autor siendo el dolor abdominal 95.74% el más frecuente, en cuanto a sintomatología del episodio actual de la hemorragia.

En cuanto al dolor, este se localizó con más frecuencia en la zona epigástrica 72.34%, difuso el 21.28% de casos, sin dolor el 4.26%, y en el hipogastrio – flanco el 2.13%. (Tabla N° 5 y Gráfico N° 5), se evidencia que el ataque doloroso fue experimentado en forma muy variable entre 1 hora y 70 días antes, con una media de 6,4 días en la población de estudio, el autor ha realizado una discusión referente a la sintomatología del episodio actual de la hemorragia en la Tabla N° 4 y Gráfico N° 4, por lo que queda solo citarlos.

Los síntomas asociados al episodio actual a la hemorragia digestiva incluyeron alteraciones generales como pérdida del apetito en 25.53% en la

población de estudio, aumento de apetito en un 2.13%, y sin variación el 72.34%; en cuanto al peso se evidenció en la población de estudio una disminución de peso el 23.40% de pacientes, en promedio de unos 6,5 kg en los últimos meses, y sin variación el 76.60%, del habito intestinal se evidencio una alteración a través de las diarreas en sólo 4.26% de casos, permaneciendo sin alteraciones el 95.74%. (Tabla N° 6 y Gráfico N° 6), los síntomas encontrados en nuestros pacientes son inespecíficos y son muy semejantes a otros referidos en estudios a nivel del mar y la altura. (5, 9 HNCH, Huaraz).

Acerca de los antecedentes de importancia, observamos la frecuencia de uso continuo de medicamentos, que se presentó en 57,45% de pacientes, siendo los más importante de ellos, el 62.96% usó antiinflamatorios no esteroideos, sobre todo ibuprofeno, un 29.63% usaba ya antiulcerosos como tratamiento de una enfermedad ulceropéptica previa, sin embargo volvieron a presentar sangrado, la frecuencia de uso continuo de antihipertensivos, corticoides o antibióticos fue mucho menor en un 3.70% en los casos mencionados. (Tabla N° 7 y Gráfico N° 7), el autor coincide con el Hospital II IPSS Iquitos (4) que encontró en sus resultados de su investigación que el 24.40% había ingerido AINES, porcentaje muy inferior encontrado en el estudio del 62.96%. (4). Debe notarse que en el presente estudio es notorio el antecedente de Ingesta de Alcoholes el 78.72% de pacientes, aun cuando el consumo social solo es del 51%. Viene a constituir uno de los factores determinantes de Hemorragia Digestiva Alta.

En cuanto a los antecedentes patológicos de importancia, en el sistema digestiva, el 38% de pacientes refirió antecedente de una hemorragia digestiva previa, el 29.79% un diagnóstico anterior de gastritis, el 14.89% tenían úlcera duodenal en el mismo porcentaje cirrosis, el 6.38% habían tenido episodios de ERGE y Síndrome de Mallory Weiss, y finalmente el 4.26% se conocía de la presencia de várices esofágicas, Entre otras patologías de importancia, destacan la hipertensión arterial 14,89%, neumopatías crónicas no tuberculosas en 12.77%, artropatías degenerativas en 8.51%, y dos casos con nefritis 4.26%, un 12.77% que no presentó ningún antecedente de importancia relacionado a la hemorragia digestiva actual. (Tabla N° 8 y Gráfico N° 8), realizando el estudio comparativo con un estudio realizado entre 1997 y 2001 en el hospital de Cerro de Pasco (17), encontró que la patología más frecuente fue gastritis crónica con el 37.86%, seguida de ulcera péptica con el 22.16%, gastroduodenitis con el 15.04% y cáncer gástrico en el 5.98%, con respecto a la ulcera péptica se encontró que predominó la ulcera gástrica sobre la duodenal en proporción de 1,75 a 1, en cambio la ulcera duodenal es la que predomina a nivel del mar, con respecto al cáncer gástrico con 5.98%, en otro estudio llevado a acabo por el Hospital Regional del Cuzco, a 3399 msnm sobre HDA, encontró que la causa principal fue la úlcera gástrica con un 39.70%, seguido de la úlcera duodenal 23.30%, en tercer lugar las lesiones agudas de mucosa gástrica en un 11.50%, las várices esófago – gástricas con un 6.40%, el cáncer gástrico 5.10%, finalmente, el síndrome de Mallory Weiss con el 3.80%.(6), de la misma manera comparando los resultados de la investigación con el estudio realizado por el Hospital Daniel Alcides Carrión

de Cerro de Pasco, encontrándose que las causas más frecuentes son la úlcera péptica, en 40.32%, seguida de lesiones agudas de la mucosa gástrica 31.27%, cáncer gástrico en 11.93%, síndrome de Mallory Weiss 8.64%, várices esofágicas 4.52%, esofagitis por reflujo 3.29%. (7), en el examen físico es necesario investigar Ortostatismo, presencia de masas en abdomen o estigmas hepáticos y fundamentalmente realizar tacto rectal, el autor concluye que los resultados de los estudio tienen mucha similitud a los encontrados en la población de estudio.

Sobre los hábitos nocivos, el 34.04% de la población de estudio consumía tabaco en forma habitual, el 78.72% consumía alcohol, de los cuales un 51.06% referían que lo hacía en forma social en ocasiones especiales y 27.66% sostuvieron que lo hacía en forma habitual y con ingesta de grandes cantidades, de la ingesta de coca fue referida sólo por un 2.13%. Referente a la ingesta de alcohol como hábito nocivo según género, podemos evidenciar que en la población de estudios, el hábito social es el de mayor consideración en un 64.85%, con incidencia del género masculino con el 48.64% y el género femenino con el 16.21%, a una prevalencia de 3/1 socialmente; y como hábito fuerte lo considera el 35.13% todos del sexo masculino, siendo la prevalencia general de 1.84/1 en la población de estudio que fueron diagnosticado con hemorragia digestiva alta. (Tabla N° 9, 9 A y Gráfico N° 9), los hábitos nocivos siempre están presentes en las personas, evidentemente la existencia de bebedores sociales o fuertes cualquiera que fuera la denominación al fin y al cabo son bebedores dependiendo como se consideren cada una de las

personas encuestados, el bebedor social no acepta que es alcohólico, además el poblador de la alturas por el frío existente está propenso a consumir alcohol con alto grado de contenido como los aguardientes, la idiosincrasia de los habitantes se tiene que considerarse en su habitud natural, de ahí que en el estudio efectuado en la región de la Selva, en el Hospital II IPSS Iquitos (4) se encontró que el 53.80% manifestaron ingesta de alcohol, hecho también notorio en la población de estudio que manifestaron que consumían alcohol en un 78.72% tanto en forma social y en forma habitual. (4), el autor precisa que el consumo de alcohol como hábito nocivo puede presentar posibles lesiones erosivas en los pacientes potenciales a episodios de hemorragia digestiva alta.

En cuanto a los signos clínicos en el examen físico general, en forma general, se encontró palidez en 59.57% de pacientes, con signos de deshidratación en 31.91%, taquicardia en 25.53%, pérdida de peso en 21.28%, hipotensión en 8.51% y alteración del sensorio con estado confusional en 6.38% y ictericia en 2.13% de casos, (Tabla N° 10 y Gráfico N° 10), el autor sostiene que estos signos todos relacionados a una posible pérdida aguda de volumen sanguíneo por hemorragia aguda de una cuantía importante, signos de enfermedad crónica fueron una pérdida objetiva de peso en relación a controles previos, e ictericia como signo de compromiso de la función hepática, es necesario evaluar el estado hemodinámico a través de la tensión arterial y frecuencia cardíaca en decúbito supino por de baja de los 100mmhg y/o una frecuencia cardíaca mayor de 110 lpm indican inestabilidad hemodinámica, también las variaciones posturales (caída tensional superior a 10 mmhg o subida de la

frecuencia cardiaca más de 10 lpm.), diuresis si es inferior a 30ccml/h, indica inestabilidad, el estado de conciencia pasará de la normalidad a un estado de intranquilidad, luego estupor, confusión convulsiones y por último coma, signos de perfusión periférica se debe canalizar al menos dos vías venosas de gran calibre y cortas para permitir el paso de grandes volúmenes, si la situación clínica es mala debe canalizar un vía central y colocar una sonda vesical para medir la diuresis luego continuar con la reposición de la volemia, se iniciará con soluciones cristaloides del tipo lactato ringer, siendo el objetivo que desaparezcan de mala perfusión periférica.

En cuanto a los signos clínicos en el examen preferencial del sistema digestivo, el signo más importante encontrado fue dolor epigástrico en 74.47%, mientras que fue difuso en 14.89%, no presentaron dolor un 6.38%, y el 4.26% presentó dolor en el hipogastrio; además se encontraron signos sugerentes de hipertensión portal como hepatomegalia en 19.15% de pacientes, esplenomegalia en 2.13%, pero ninguno presentó circulación colateral. (Tabla N° 11 y Gráfico N° 11), ya se ha realizado una discusión sucinta en las Tabla N° 4 -5 y Gráfico N° 4 – 5, por lo que el autor solo los cita.

Referente a los niveles de Hemoglobina encontrados en la población de estudio, el 23.40% tienen valores entre 15 a 15.9%; un 17.02% tienen un valor de 8 a 8,9 mg/dl; el 14.89% entre 14 a 14,9mg/dl; un 8.51% tienen un valor entre 16 a 16,9 mg/dl y 7 a 7,9% en ambos casos; el 6.38% se les encontró

valores entre 13 a 13,9 mg/dl, 12 a 12,9 mg/dl y 9 a 9,9 mg/dl en los casos mencionados; y finalmente el 2.13% arrojaron valores comprendidos entre 19 a 19,9 mg/dl, 17 a 17,9 mg/dl, 11 a 11,9 mg/dl y 6 a 6,9 mg/dl para los casos mencionados. Sobre la distribución de los valores de hemoglobina y hematocrito respectivamente; podemos ver que la hemoglobina tiene una distribución bimodal, con un grupo de pacientes que presentan hemoglobina de 6 a 10 gr/dl, y otro que tiene entre 11 y 20 g/dl. El hematocrito sigue el mismo patrón, con dos valores modales entre 20 y 25% y entre 45 y 50%. (Tabla N° 12, Gráficos N° 12 y N° 13), podemos precisar de los resultados obtenidos que en 13 pacientes hubo una pérdida importante de sangre que produjo anemia, y en los restantes la pérdida no fue suficiente para disminuir los valores de hemoglobina; en global el nivel promedio fue de 13,09 g/dL; el autor considera que se debe tener en cuenta que la ciudad de Puno se encuentra a un nivel de altitud de 3835 msnm, a esta altitud los valores de hemoglobina deben ser suficientes para cubrir el requerimiento de oxígeno del organismo. En la hemorragia digestiva por lo general la pérdida de sangre es paulatina y crónica, llevando a niveles de anemia incluso con valores de 3 g/dL. (18), no se encontró descompensación en los pacientes con este nivel de hemoglobina al momento de hacer la endoscopia (20), haciendo un comparación a través de los resultados encontrado con los estudios de fisiología y fisiopatología que se iniciaron en el Perú con Carlos Monge Medrano en 1928, quien describió que los niveles de normalidad no parecen alejarse mucho de los valores del nivel del mar hasta las regiones Quechua 2,300 a 3,500 msnm, comenzando a diferenciarse en la Región Suni 3,500 a 4,000

msnm, haciéndose distintos en las regiones más altas, a las que englobamos en la denomina de "grandes alturas". El hombre tolera más fácilmente el vivir hasta los 3,500 msnm y esto puede ser una razón por la que la mayoría de los centros poblados de los antiguos peruanos se encuentran ubicados hasta esas alturas (8). En otros estudios (32) que comparan la patología digestiva a nivel del mar (Lima), en Huancayo 3,300 msnm y Cerro de Pasco 4,300 msnm, se describe que a nivel del mar la hemorragia digestiva alta tenía una prevalencia de 3.01 por mil; a 3,300 m de 3.38 por mil y a 4,300 m de 12.07 por mil. Es decir a nivel de una gran altura la hemorragia digestiva alta sucedía con una frecuencia 4 veces mayor que a nivel del mar. A nivel del mar predominan las lesiones agudas de la mucosa 27% y la úlcera duodenal 26%, con úlcera gástrica en 19%. Sin embargo, entre los 3,000 y 3,500 msnm, la úlcera duodenal fue la causa más frecuente del sangrado, seguida de la úlcera gástrica y luego la gastritis erosiva. Entre los 3,500 y 4,000 msnm, se hizo más frecuente como causa de sangrado la úlcera gástrica, igualándose casi la úlcera duodenal y la gastritis erosiva; en tanto que por encima de los 4,000 msnm la frecuencia de la úlcera gástrica fue aún mayor, seguida de la gastritis erosiva y mucho menor la úlcera duodenal. Sabemos que en el habitante de la altura se han operado mecanismos fisiológicos de adaptación del que participa todo el organismo como una unidad biológica. Tal individuo está aclimatado, pero ello significa una desviación fisiológica (8). Siempre y cuando los mecanismos compensatorios del paciente sean efectivos, la anemia crónica causa pocos signos y síntomas clínicos hasta que se alcanzan niveles relativamente bajos en la concentración de hemoglobina. Sin embargo, las

características clínicas de la anemia se vuelven aparentes en un estadio más temprano cuando hay una capacidad limitada para montar una respuesta compensatoria (como en la enfermedad cardíaca o respiratoria significativa), aumento en la demanda de oxígeno (infección, dolor, fiebre o ejercicio), o por una reducción adicional en el suministro de oxígeno (pérdida sanguínea adicional, neumonía). Cuando la anemia está descompensada, se producen manifestaciones similares a las de una anemia aguda de rápida instalación (19), según estudios realizados en la Paz, Bolivia a 3500-3800 msnm por el Instituto de Gastroenterología Boliviano – Japonés Centro de tercer nivel, se encontró que a más de 3000 msnm se elevaron los valores de la serie roja, (con valores normales de Hcto 54-57%, Hb. 16-17 grs/dl en varones. Hcto 46-51%, Hb 5-17 grs/dl en Mujeres), en los casos de hemorragia severa según evaluación clínica, la hemoglobina y el hematocrito correspondían a 12 grs/dl y de 38% respectivamente en el caso de varones y de 11grs/dl con 34 % de hcto en el caso de mujeres, valores que deben tenerse en cuenta para otorgar un eficiente nivel de cuidados así como contribuye en evitar o justificar las transfusiones sanguíneas. (9), en el estudio realizado por el Hospital Cayetano Heredia, en una población de 681 pacientes con HDA, el 25% presentó anemia leve con Hematocrito (Hcto) de 36%, Hemoglobina (Hb) 12; anemia moderada con Hcto de 24 y Hb de 8, y de severa con Hcto de menor de 14; el 31.2% presentó anemia leve, 49.45% tuvo anemia moderada y el 0.04 % presentó anemia severa. (5 HNCH).

En cuanto al tipo de endoscopia realizada, se muestra que en 22 casos un 66.67% se hizo un estudio diagnóstico, en 15 casos el 45,45%, se consideró como seguimiento por haber una endoscopia anterior, y en 5 casos el 15,15% se realizó una endoscopia terapéutica.(Tabla N° 13 y Gráfico N° 14), existieron cinco casos que además de considerarla como endoscopia de seguimiento se hizo nuevo diagnóstico, y en cuatro casos se realizó seguimiento y se requirió de un procedimiento terapéutico, de los procedimientos terapéuticos, cuatro se realizaron en várices esofágicas y un caso en una úlcera con sangrado activo a nivel antral, en La Oroya se estudiaron 100 casos de HDA realizándosele endoscopias de diagnostico, la mayor referencia correspondió a úlceras gástricas el 33%, úlcera duodenal y la gastritis erosiva en un 23% para ambos casos, en tanto que la neoplasia gástrica sólo se reportó en el 2%, no encontrándose ningún caso de várices esofágicas. Finalmente, nos centraremos también en los resultados de las endoscopías digestivas altas realizadas, sólo se realizaron en 33 de los 47 pacientes en un 70.21%, ya que en los restantes no se consideró clínicamente la necesidad de este estudio, o bien existieron otras razones para diferirlo, como ausencia del especialista encargado o mantenimiento de los equipos.

Acerca de los hallazgos descritos en las endoscopías digestivas altas, considerando la descripción por cada nivel estudiado a medida que ingresaba el endoscopio. En esófago se encontraron dilataciones venosas en 9.09% de casos, erosiones a nivel del tercio distal en 3.03%, dos casos con úlceras distales el 6.06%, y un caso con un vaso sangrante. A nivel del estómago, en

el fondo gástrico predominó el hallazgo de un lago mucoso en 6.06%, con presencia de congestión en un caso y otro con ulceraciones en el fondo 3.03%, en el cuerpo gástrico, se encontró congestión en 9.09% de casos, erosiones inactivas el 9.09% y erosiones activas un 3.03%, a nivel antral predominó el aspecto congestivo 21.21%, con úlceras en 12.12%, erosiones inactivas en 6.06%, erosiones activas un 3.03%, en píloro también hubo congestión en 9.09%, erosiones activas 6.06% y erosiones inactivas 3.03%, con una ulceración 3.03%. A nivel duodenal es donde se encuentran las lesiones más frecuentes, con úlceras predominantemente de pared anterior en 36.36% de casos, seguida de congestión el 9.09%, erosiones inactivas el 6.06% y erosiones activas un 3.03% de los casos. (Tabla N° 14 y Gráfico N° 15), en el trabajo realizado en la región de la Selva, Hospital II IPSS Iquitos, el estudio endoscópico se encontró la causa más frecuente fue la úlcera gástrica 39.50% seguido de las lesiones agudas de mucosa gástrica 26%, úlcera duodenal 14.30%, la actividad hemorrágica de las úlceras sangrantes pertenecieron al Forrest IIb con un 57.80%. (4), estas cifras contrastan con las señaladas en el estudio en USA por la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal publicado en 1981, donde aparece en primer lugar la úlcera duodenal con un 24.30%, varices esofágicas en 10%, en tanto que las neoplasias se encontraron en un 2.90%, concluyendo que a nivel endoscópico existe una relación entre la UG/UD de 0.33/3.

Referente al diagnóstico endoscópico por ubicación, se encontraron hallazgos de lesiones esofágicas en 30.30% de casos, de los cuales las varices

sangrantes tienen un 30%, seguido de las úlceras, esofagitis y la hernia hiatal representan el 20% en cada caso, y las varices inactivas solo el 10%; en cuanto a las lesiones gástricas representan el 45.45%, de los cuales la gastritis crónica superficial representa el 46.67%, seguida de la antritis erosiva y la úlcera gástrica no consignada en un 13.33% en ambos casos y en un orden minoritario aparecen las úlcera gástrica forrest Ia y forrest IIb, la gastritis aguda superficial y la gastropatía eritematosa en un 6.67% para todos los casos; y finalmente, las lesiones duodenales en 48,48%. distribuidas en orden del 31.25% para las úlceras duodenales forrest III, el 18.75% forrest Ia y forrest IIa, duodenitis congestiva un 12.50%, y finalmente, úlcera duodenal forrest IIb, no especificada y cicatrizal en un 6.25% para los casos mencionados (Tabla N° 15 y Gráfico N° 16), estudios históricos como los de Garrido Klinge (1960) sobre aspectos de la úlcera gastroduodenal en el Perú, describen una relación de úlcera gástrica sobre duodenal (UG/UD) de 1/5 a 1/3; en cambio en las alturas de los Andes peruanos, relación UG/UD = 6/1; además, a nivel del mar se presentaron hemorragias digestivas en 30% de pacientes, mientras que en la ciudad de La Oroya la proporción se duplica 60%, (5, 8). Nuestro estudio ha realizado un gran aporte al describir tanto las características clínicas como del procedimiento endoscópico de pacientes con hemorragia digestiva en una ciudad de altura como la ciudad de Puno. Estos hallazgos son compatibles con una posible coexistencia de infección por *Helicobacter pylori*, para lo cual será interesante realizar estudios de asociación entre los hallazgos endoscópicos y la presencia de esta bacteria en estómago y duodeno. Una limitación de nuestro estudio radica en la cantidad

pequeña de casos estudiados, 33 pacientes. Esto se debe a varios factores, como el haber realizado el estudio en un hospital del Seguro Social, ya que parte de la población no tiene acceso a estos servicios, dejando de lado lo que pueda pasar en pacientes que acuden a hospitales del MINSA o a pacientes que acuden a consultorios particulares. Otra limitación importante es un probable sesgo al describir las lesiones, ya que las endoscopías fueron realizadas hasta por tres especialistas diferentes. Esta dificultad se ve minimizada por el hecho de contar con protocolos en EsSalud que permiten un procedimiento más estandarizado; sin embargo, la manera cómo describen las lesiones los diferentes endoscopistas puede ser fuente de variaciones. En conclusión nuestro estudio de los hallazgos clínicos y endoscópicos de pacientes con hemorragia digestiva alta son compatibles con una mayor presentación de úlceras duodenales y gastritis a nivel antral en la altura. Finalmente, es importante realizar estudios comparativos con las patologías de diferentes altitudes.

CONCLUSIONES

Primera: Los pacientes con hemorragia digestiva fueron predominantemente varones y tuvieron una edad de afectación cercana a los 50 años, y se presentaron predominantemente con melenas y hematemesis, con dolor epigástrico. Como antecedentes predominó el uso de Alcohol, luego de antiinflamatorios no esteroideos. Hasta un tercio de pacientes refirió antecedente de hemorragia digestiva previa, o diagnóstico anterior de gastritis, La relación de ingesta de alcohol entre mujeres y varones es de 1/11.

Segunda: Los hallazgos más importantes en el examen físico fueron palidez y dolor epigástrico. Un % mayoritario de pacientes tuvo disminución aguda del nivel de hemoglobina pero no llegó al estado de shock.

Tercera: Se realizó endoscopia a 70.21% de pacientes, estudios predominantemente diagnósticos aunque también terapéuticos. La Úlcera Duodenal constituye la etiología en el presente trabajo más frecuente.

Cuarta: La relación entre UG y UD es de 0.33/3 en el Hospital III de ESSALUD – PUNO.

Quinta: La clínica de la Anemia y disminución de la Hemoglobina, en la altura no está relacionada con el estadio de Shock.

RECOMENDACIONES

- 1) Es necesario el alcance social respecto del consumo de Alcohol, (licores en general), y de los riesgos que conlleva tal hábito.
- 2) Es imprescindible la realización de estudio endoscopio a todos los pacientes con hemorragia digestiva alta, sea diagnóstica o terapéutica para determinar la etiología de la HDA. Así como el tratamiento específico en la localidad de Puno.
- 3) Se recomienda a la Red Asistencial Puno incentivar estudios para determinar la prevalencia de *Helicobacter Pylori* y su relación en la etiología de las lesiones gástricas hemorrágicas, PRE malignas y el cáncer gástrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Arzobispo Loayza 1991-1995 Gloria vargas C. Milagros Quineche. Rev. de Gastroenterología Vol. 18 . Sup l. 1.
2. Hemorragia Digestiva alta en el hospital Dos de Mayo1997-1998. Olivia canales sevilla.
3. Hemorragia Digestiva Alta Masiva UCI de Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna 1997-1998. Jorge López. Rev. de Gastroenterología del Perú Vol 18 Sup l.1
4. Hemorragia Digestiva alta en el Hospital II IPSS -Iquitos1995-1998 Del Águila Sánchez. Revista de Gastroenterología del Perú Sup l. Nro 1 Vol. 18
5. Hemorragia digestiva alta en el Hospital Cayetano Heredia enero 1995 -1999. L. Carhuayme .E. Castillo.
6. Hemorragia Digestiva alta. Experiencias en el Servicio de gastroenterología del Hospital Regional del Cuzco. Paucar. Cazorla .Revista de Gastroenterología del Perú Suplemento nro.1 Vol. 18.
7. Causas de Hemorragia Digestiva alta en hospital de altura.-J.Pintado, R. Sánchez. Rev. De Gastroenterología del Perú Vol.21 nro. 4 2001.hospital de Cerro de Pasco.
8. Hemorragia digestiva en los habitantes de las grandes alturas del P. Berrios, Sedano y col. Revista de gastroenterología del Perú vol16 Nro.1 1996.
9. Hemorragia digestiva Alta en Huaraz.-Villanueva, López de guimaraes, Avila Polo. Rev de gastroenterología del Perú. Vol 16, nro. 2.1996.
10. Hemorragia Digestiva alta. Correlación entre severidad Clínica y serie Roja en habitantes de la altura. Amparo Rejas Sandy,
11. Hemorragia Digestiva alta por patología No Ulcerosa, No varicial .Carlos Ichiyanagui Rodríguez Enferm. Del aparato Digestivo Vol.5. Nro.4 Octubre a Diciembre del 2002.Huaraz.

12. Temas escogidos en gastroenterología 1999 .Dra. Vargas cárdenas, Rosario Uribe, Dra. Adelina lozano.
13. Manual de Gastroenterología Tadataka Yamada pag. 19-29, 1999.
14. Manual de medicina intensiva. J.C. Montejo García de Lorenzo 1996 pag. 250
15. Medicina de urgencias Guía diagnóstica y protocolos de actuación 2da. Editorial. Jiménez Murillo R. Montero Pérez, 1999 pag. 250.
16. Estudio descriptivo de la Hemorragia digestiva Alta en el HNGAI entre Enero y Abril del 2001. Celestino. Malca. Torreblanca. Rev. De gastroenterología del Perú Vol.21 N° 4 2001. s56.
17. Endoscopías digestivas Altas en el hospital de Cerro de Pasco Enero 1995 - junio 2000. Revista de Gastroenterología del Perú vol 21 N° 4 2001.
18. Ulcera gastroduodenal. Judith Márquez Pradera. Medico especialista en aparato digestivo. Comité editorial SALUDALIA. [http: www.ilustrados.com/publicaciones/EpZEIpVkyZDvyBpCUn.php](http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpZEIpVkyZDvyBpCUn.php).
19. Hemorragia digestiva alta debido a ulcera peptica. Revista de gastroenterología del Peru- Vol 16, N° 03. 1996. pag 1 – 3.
20. Hemorragia digestiva alta y Score riesgo. Blatchford et al A. Risk Score to predict need for treatment for upper- gastrointestinal hoemorrohage. Lancet. 2000; 356: 1318-21.
21. Modificaciones del aparato digestivo en la altura DOLICOMEGACOLON ANDINO (de la altura). José Luís López Ferrufino y Luís Pablo Rivero. Revista Paceña de Medicina Familiar. 2005;2(1): 21-26.
22. Hemorragia digestiva alta en los habitantes de las grandes alturas del Perú. Jorge Berrios, Oscar Sedano, Elizabeth Calle y otros. Instituto de investigaciones de la altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú.
23. Rotura espontánea de esófago, un problema diagnostico de la urgencia. Anales de la medicina interna. (Madrid) Vol: 20, N° 02. Febrero. 2003.

24. Hemorragia digestiva en pacientes con SIDA. Roberto Asnar Muñoz. Servicio de Medicina Interna. Unidad de Infecciosas. Hospital de Bastrno Huesca.
25. Los efectos adversos más frecuentes de los 20 principios activos más consumidos en el sistema nacional de salud, durante el año 2000. Información terapéutica del SNS. Vol 25 N° 06. 2001. pag.161-168
26. Endoscopia Digestiva Superior en Pediatría, Lucy Flores. M.D. Daniclinne C. Villalobos y otros. Hospital de Caracas. Dic 2004.Publicado Enero 2005.
27. Yeyunoscopía. Ciencia, tecnología y medicina. Jm Bordas. J. Llach, F. Mondero. Sección de endoscopia digestiva. Hospital Clínico Provincial. Facultad de medicina Universidad de Barcelona. JANO 26 de setiembre de 1997. Vol 53- N° 1225. p 51.
28. Pautas para la atención de emergencias en medicina. Hemorragia digestiva alta. (Ramón Piñero). Academia Nacional de Medicina Congreso Centenario 2004. José Ignacio Baldo. Gaceta Médica de Caracas. Vol 112. N° 03. Caracas Julio 2004.
29. Murra Saca Julio. Video Endoscopia Gastrointestinal de El Salvador. En:
http://www.gastrointestinalatlas.com/Espanol/Esofago/Otorrinolaringologia_/otorrinolaringologia_.html.
30. Rajan E. Chapter X: Gastrointestinal Bleeding. In: Dale D, Federman D (Eds). ACP Medicine. 2007 Edition. CD ROM. 2007 WebMD Inc. (Professional Publishing).
31. Endoscopia terapéutica con niveles críticos de hemoglobinemia. Ciudad de Puno a 3835 mnsnm. año: 1999 – 2006.
32. Consideraciones sobre la patología digestiva en los habitantes de las grandes alturas del Perú. Jorge Berrios R. *Revista Gastroent. del Perú*, 1982; 2: 21-28.
33. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. Carlos Enrique Ichiyanagui Rodríguez. Acta méd. peruana v.23 n.3 Lima sep./dic. 2006.

ANEXOS

Anexo N°. 1

Ficha de Historia Clínica

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Nombre y apellido: _____
Sexo: _____ Edad: _____ H. C. _____
Lugar de nacimiento: _____ Procedencia(tiempo): _____
Fecha de admisión: _____ Servicio: _____

1. Presentación:

Hematemesis: NO SI
Vómitos porráceos: NO SI
Sangre franca: NO SI
Melena: NO SI solo melena_ con sangre franca_
Tiempo de inicio Días: _____ Horas: _____
Sangrado: continuo___ Incierto___ cesado___

2. Síntomas precedentes:

Nauseas/Vómitos/Regurgitación/Acidez/Disfagia/Flatulencia
Dolor: NO SI Localización: _____
Duración del ataque: meses___ semanas___ días___ horas___
Apetito: Bueno/Invariable/Pobre/Mucho de comer
Peso: Invariable/Perdida/Aumento Kg: _____
Cambios recientes: meses: _____
Habito intestinal: NO SI Diarrea___ Constipación___

3. Historia de drogas:

Aspirina/Antiflamatorio/Esteroides/Otras
Dentro de las ultimas 48h: _____
Ingestión frecuente en meses pasados: _____

4. Antecedentes patológicos:

Enf. Cardiovascular _____
Enf. Pulmonar _____
Enf. Renal _____
Enf. Hepática _____
Enf. Gastrointestinal _____

5. Hábitos de fumar: NO SI N° de cigarros _____ día
Coca (Hoja) _____

6. Ingesta de alcohol:

Abstemio/Social/Fuerte Día _____ Semana _____
Última fecha de alcohol: Fecha _____
Sustancia _____

EXAMEN FISICO

1. Estado mental:

Bueno _____ Confusión _____

2. Apariencia general: Deshidratado: SI NO

Perdida de peso: Reciente SI NO

3. Piel: Normal/Pálida/Ictericia

4. Cardiovascular: Pulso: _____

Edema periférico: _____

Otros síntomas de insuficiencia vasc.: _____

5. Abdomen: Sensibilidad a manos _____

(Indica Situ)

Ascitis: SI NO

Examen portal

Hepatomegalia

Esplenomegalia

6. Transfusiones: _____ Grupo sanguíneo: _____

Día	Unidad de sangre transfundida	Evidencia de hematemesis y/o melena e hipotensión Portugal

7. Encefalopatía: SI NO Fecha: _____

Hallazgos: _____ N° _____

Diagnostico final: _____

Ruta final: Mejorado/Cirugía/muerte

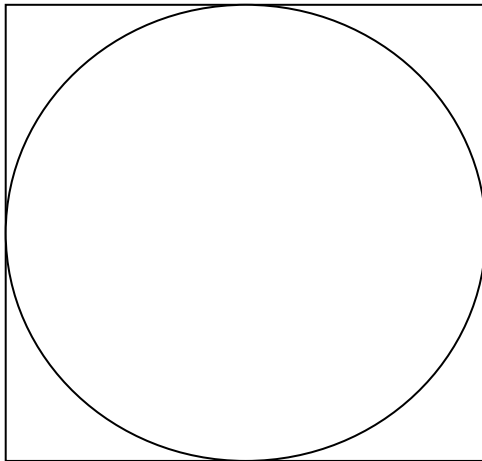
Evolución posterior: _____

Anexo N° 2
FICHA DE DATOS ENDOSCOPICOS
ENDOSCOPIA ALTA

DIAGNOSTICA ☐ TERAPEUTICA ☐ SEGUIMIENTO ☐ EMERGENCIA ☐ DETECCION ☐
 N°..... FECHA.....

I. OMBRE.....N°H.C.....
 EDAD.....SEXO.....SERVICIO DE PROCEDENCIA.....
 DIAGNOSTICO
 CLINICO.....
 DIAGNOSTICO RADIOLOGICO.....ENDOSCOPIA ANTERIOR.....
 INSTRUMENTO.....PRE -MEDICACION.....

II. HALLAZGOS:



Biopsia.....Citología.....Impronta.....Fotografía.....

III. COMPLICACIONES DURANTE LA INSTRUMENTACION.....

.....

IV. DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO.....

.....

V. RECOMENDACIONES.....

.....

VI. DR.....N° CMP.....FIRMA.....